

ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน: ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของไส้ติ่งและความยากง่ายในการผ่าตัด

ชาญวิทย์ ตันตพัฒน์*
เพรา นีวาทวงศ์*
สุนทร ตรีสรานวัฒนา*

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี 2518-2519 จำนวน 380 ราย ตำแหน่งของไส้ติ่งที่พบบ่อยที่สุด คือ retrocaecal 35.5% รองมาคือ pelvic 27.9% ตำแหน่งไส้ติ่งที่อยู่ retrocaecal และ postileal ผ่าตัดยากกว่าตำแหน่งอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ ผลผ่าตัดเป็นหนองพบบ่อยในชนิด retrocaecal.

การผ่าตัดไส้ติ่งยังเป็นการผ่าตัดฉุกเฉินในช่องท้องที่พบบ่อยที่สุด ถึงแม้ว่าอัตราการตายของการผ่าตัดไส้ติ่งได้ลดน้อยลงมากในระยะสองสามศตวรรษที่ผ่านมา^{3,6} แต่ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดยังคงสูงอยู่ โดยเฉพาะอัตราผลผ่าตัดเป็นหนองซึ่งอาจสูงถึง 30%⁷ ในโรงพยาบาลรัฐบาลแพทย์ที่มีอาวุโสน้อยหรือมีประสบการณ์น้อยมักจะเป็นผู้ทำผ่าตัดไส้ติ่ง และเป็นที่ทราบกันดีว่าการผ่าตัดบางครั้งก็ง่ายแต่บางครั้งก็ลำบากมากจากประสบการณ์เรามีความรู้สึกว่าความยากของการผ่าตัดอาจขึ้นอยู่กับตำแหน่งของไส้ติ่ง โดยเฉพาะในรายที่ไส้ติ่งอยู่ลึกและเข้าไม่ค่อยถึงเพราะมีลำไส้บัง

รายงานนี้เป็นการวิเคราะห์โดยการเตรียมล่วงหน้าเพื่อหาอุบัติการณ์ของไส้ติ่งในตำแหน่งต่างๆ และแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งไส้ติ่งกับความยากง่ายของการผ่าตัดรวมทั้งอัตราโรคแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิเคราะห์ได้ทำในผู้ป่วยทุกรายที่เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบชนิดเฉียบพลัน และได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี 2518-2519 ผู้ป่วยทุกรายอายุเกิน 15 ปี ซึ่งแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ฝึกหัดเป็นผู้ทำผ่าตัด และแพทย์ผู้ทำผ่าตัดเป็นผู้บันทึกรายงานในแบบสอบถามเกี่ยวกับ

*แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตำแหน่งของไส้ติ่งและข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดซึ่งช่วยบอกได้ว่าการผ่าตัดนั้นยากง่ายเพียงใด รวมทั้งโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดเป็นหนองหรือฝีเกิดในช่องท้อง การคำนวณทางสถิติใช้วิธี Chi square

ผล

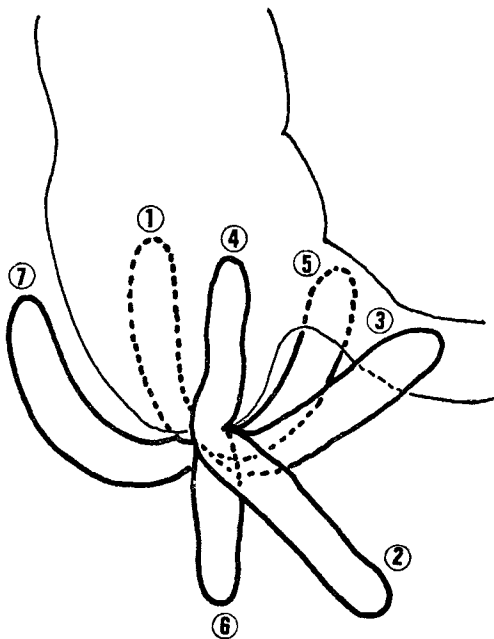
ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการวิเคราะห์ทั้งหมด 380 ราย อายุตั้งแต่ 15 ปี ถึง 68 ปี (เฉลี่ย 25.8 ปี) พบว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบแตกแล้ว 38 ราย (10%) มีผู้ป่วยตายหนึ่งราย (อัตราการตาย 0.2%) จากการแพ้ยาลดเข้าเส้นหลัง

ตารางที่ 1 ตำแหน่งไส้ติ่ง 380 ราย

ตำแหน่งไส้ติ่ง	จำนวนราย	ร้อยละ
Retrocaecal	135	35.5
Pelvic	106	27.9
Preileal	54	14.2
Precaecal	33	8.7
Postileal	28	7.4
Subcaecal	15	4.0
Paracaecal	9	2.3

ตารางที่ 1 แสดงถึงอุบัติการณ์ตำแหน่งไส้ติ่งพบว่าไส้ติ่งแบบ retrocaecal พบบ่อยที่สุด รองลงมาคือแบบ pelvic ตำแหน่งที่พบน้อยที่สุดคือ paracaecal

ภาพที่ 1 แสดงถึงตำแหน่งต่าง ๆ ของไส้ติ่ง



- ① RETROCAECAL
- ② PELVIC
- ③ PREILEAL
- ④ PRECAECAL
- ⑤ POSTILEAL
- ⑥ SUBCAECAL
- ⑦ PARACAECAL

ตารางที่ 2 ตำแหน่งไส้ติ่งและความยากของการผ่าตัด

ตำแหน่งไส้ติ่ง	ความยากของการผ่าตัด (ร้อยละ)	นัยสำคัญ P
Retrocaecal	58.8	<0.05
Pelvic	36.7	>0.05
Preileal	36.1	>0.05
Precaecal	36.0	—*
Postileal	66.7	<0.05
Subcaecal	42.9	>0.05
Paracaecal	37.5	>0.05

*ตัวเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความยากของการผ่าตัดกับตำแหน่งของไส้ติ่ง พบว่าไส้ติ่งชนิด precaecal ผ่าตัดง่ายที่สุด ถ้าใช้ไส้ติ่งชนิด precaecal เป็นตัวเปรียบเทียบพบว่าตำแหน่ง retrocaecal และ postileal ทำให้การผ่าตัดลำบากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางด้านสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 ตำแหน่งไส้ติ่งและอัตราแผลเป็นหนอง

	แผลเป็นหนอง		นัยสำคัญ P
	จำนวนราย	ร้อยละ	
Retrocaecal	18	13.3	<0.05
Pelvic	12	11.3	>0.05
Preileal	4	7.4	>0.05
Precaecal	1	3.0	—*
Postileal	2	7.1	>0.05
Subcaecal	0	0	>0.05
Paracaecal	1	11.1	>0.05

*ตัวเปรียบเทียบ

ตารางที่ 3 แสดงถึงอัตราการเกิดแผลผ่าตัด

เป็นหนองหลังผ่าตัด เมื่อใช้ไส้ติ่งแบบ precaecal เป็นตัวเปรียบเทียบ พบว่าไส้ติ่งแบบ retrocaecal เท่านั้นที่มีอัตราการเกิดแผลเป็นหนองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในผู้ป่วย 6 รายที่เกิดฝีในช่องท้องหลังผ่าตัดพบว่า 3 ราย เป็นไส้ติ่งแบบ retrocaecal 2 ราย เป็นแบบ pelvic และ 1 รายเป็นแบบ postileal

วิจารณ์

ตำแหน่งของไส้ติ่งขึ้นอยู่กับหลายสาเหตุ เช่น ความยาวของตัวไส้ติ่งเอง ความยาวของ mesoappendix การติดพันระหว่างไส้ติ่งกับอวัยวะข้างเคียง ตำแหน่งและความเคลื่อนไหว (mobility) ของ caecum พันธุกรรมอาจมีส่วนเกี่ยวข้องด้วยเพราะได้มีรายงานผู้ป่วย 18 ราย ในครอบครัวเดียวกัน และเป็นไส้ติ่งแบบ retrocaecal ทุกราย¹

อุบัติการณ์ตำแหน่งไส้ติ่งในรายงานนี้เทียบเท่ากับรายงานต่างๆ จากประเทศตะวันตก โดยมีไส้ติ่งชนิด retrocaecal และ pelvic ที่พบบ่อยที่สุด ความลำบากของการผ่าตัดไส้ติ่งมีอัตราค่อนข้างสูง ซึ่งอาจเป็นเพราะการผ่าตัดส่วนใหญ่ทำโดยแพทย์ที่มีประสบการณ์ทางศัลยกรรมน้อย รายงานนี้ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ไส้ติ่งที่อยู่ตำแหน่งลึกและเข้าไม่ค่อยถึง เช่น ตำแหน่งหลัง caecum หรือหลัง ileum ทำให้การผ่าตัดลำบากขึ้น

เมื่อแผลผ่าตัดเกิดเป็นหนอง เชื้อในแผลมักจะเป็นชนิดเดียวกับเชื้อที่เพาะจากไส้ติ่งและบริเวณรอบๆ ไส้ติ่ง^{2,5} ฉะนั้นการผ่าตัดที่หา

ลำบากการเค้นจับไส้ติ่งและการเปราะเปื้อนบริเวณผ่าตัดและแผลก็ย่อมมากขึ้น เป็นผลให้โอกาสแผลเป็นหนองสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากรายงานนี้ว่าแผลเป็นหนองมีอัตราสูงในตำแหน่งไส้ติ่งชนิด retrocaecal แต่ไม่สูงในตำแหน่ง postileal ใดๆ ที่การผ่าตัดลำบากขึ้นในทั้งสองตำแหน่ง ผลขัดแย้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการที่แผลผ่าตัดเป็นหนองอาจเกิดได้จากอีกหลายสาเหตุ เช่น ความรุนแรงของไส้ติ่งอักเสบ ชนิดของแผลผ่าตัดฝังยึด (adhesions) การฉีดยาหรือโรยยาปฏิชีวนะ

ไส้ติ่งในตำแหน่งต่างๆ เมื่อเกิดอักเสบขึ้น อาจทำให้มีอาการแตกต่างกันได้ Kerr⁴ ได้แบ่งไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันออกเป็นหลายชนิดตามลักษณะการแสดงออกคลินิกและตำแหน่งของไส้ติ่ง รายงานของเราได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญอีกข้อหนึ่งของตำแหน่งไส้ติ่ง คือความยากง่ายของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของไส้ติ่งด้วย ฉะนั้นเมื่อไรที่วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นไส้ติ่งอักเสบควรพิจารณาด้วยว่าไส้ติ่งอยู่ในตำแหน่งใด เพราะถ้าคิดว่าไส้ติ่งอยู่ในตำแหน่งลึกและผ่าตัดลำบาก เช่น retrocaecal หรือ postileal แผลผ่าตัดควรจะต้องเปิดให้กว้างไว้ และถ้าเป็นไปได้ควรจะมีศัลยแพทย์ที่มีประสบการณ์เตรียมพร้อมที่จะเข้าช่วยทำผ่าตัดด้วยวิธีหนี้อตราโรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่งอาจจะลดลงได้

สรุป

การศึกษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบชนิดเฉียบพลัน 380 ราย โดยแบ่งออกเป็น 7 ตำแหน่ง พบว่า retrocaecal เป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด (35.5%)

รองมาคือ pelvic (27.9%) ตำแหน่งไส้ติ่งซึ่งอยู่ retrocaecal และ postileal เพิ่มความยากในการทำผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แผลผ่าตัดเป็นหนองพบบ่อยในชนิดที่อยู่ retrocaecal การผ่าตัดที่ลำบากโดยศัลยแพทย์ที่ขาดประสบการณ์ทางศัลยกรรมทำให้มีการเปราะเปื้อนและอาจเป็นสาเหตุอันหนึ่งที่ทำให้้อตราแผลเป็นหนองสูงขึ้น ฉะนั้นขณะวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบชนิดเฉียบพลัน ควรพิจารณาถึงตำแหน่งของไส้ติ่งด้วย ถ้าคาดได้ว่าไส้ติ่งอยู่ในตำแหน่งที่ลึกและจะทำให้การผ่าตัดลำบากก็ควรเปิดแผลให้กว้างไว้ และให้ศัลยแพทย์ผู้มีประสบการณ์เตรียมพร้อมที่จะเข้ามาช่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณแพทย์ทุกท่านในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความร่วมมือในการวิเคราะห์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Budd, DC Fouty, WJ: Familial retrocaecal appendicitis. Am J Surg 133: 670-71, 77
2. Gilmore, OJA and Martin, TDM: Aetiology and prevention of wound infection in appendicectomy Br J Surg 61: 281-87, 74
3. Kazarian KK Roeder, WJ and Mersheimer, WL: Decreasing mortality and increasing morbidity from acute appendicitis. Am J Surg 119: 681-85, 70
4. Kerr, JA Appendicitis, the Seven Anomalies. Butterworth, 77
5. Leigh, DA Simmons, K and Norman, E: Bacterial flora of the appendix fossa in appendicitis and postoperative wound infection. Clin Pathol 27: 997-1000, 74
6. Lewis, FR Holcroft, JW Boey, J et al: Appendicitis, a critical review of diagnosis and treatment in 1,000 cases. Arch Surg 110: 677-84, 75
7. "Sepsis after appendicectomy." (editorial). Lancet 2: 195, 71