

Grand Round

Intramural hematoma of duodenum

สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ*

พิทยา จันทรกมล* สุธิ ชมเดช**

Chittmitrapap S, Chandrakamol P, Chomdej S, Poovorawan Y, Editor. Intramural hematoma of duodenum. Chula Med J 1986 Oct; 30 (10) :1037-1050

Intramural hematoma of the alimentary tract is a condition which has been sporadically commented upon in the world literature. This localized collection of blood, extravasated into the subserosal and interstitial tissues of the intestine is more commonly found in children. Most cases has occurred as a result of trauma. Correct diagnosis is based on the history, physical examination and radiological study, especially an upper gastrointestinal contrast study. This condition can be successfully treated by a conservative method. Two cases with different clinical presentations were discussed.

ยง ภู่วรวรรณ บรรณาธิการ

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาวะ Intramural hematoma ของลำไส้ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็กที่ได้รับบาดเจ็บชนิด Blunt ของช่องท้อง และเป็นสิ่งที่ควรระวังถึง ในผู้ป่วยประเภทนี้ ลักษณะทางคลินิกพบได้ 2 แบบ แบบแรกมาพบแพทย์ทันทีหลังได้รับอุบัติเหตุมัก ตรวจพบว่ามีการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่และช่องท้อง ส่วนบน แต่ไม่เด่นชัดว่ามีการแตกทะลุของลำไส้ แบบที่ 2 มาโรงพยาบาลช้าหลังจากได้รับอุบัติเหตุ หลายวันด้วยอาการอาเจียน การวินิจฉัยได้จากประวัติ, การตรวจร่างกายและยืนยันได้ด้วยการตรวจพิเศษทางรังสีด้วยสารทึบรังสีของทางเดินอาหารส่วนบน (Upper GI study) ซึ่งให้ลักษณะได้หลาย ๆ แบบแตกต่างกัน ภาวะนี้รักษาได้ผลดีโดยไม่ต้องผ่าตัด Intramural hematoma ในลำไส้นี้อาจเกิดขึ้นในเด็กที่มีเลือดออกง่าย เช่น ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ Aplastic anemia โดยไม่มีประวัติบาดเจ็บร่วมด้วย และการมี Intramural hematoma ในลำไส้ อาจเป็นจุดนำให้เกิด การกลืนกันของลำไส้ได้เช่นเดียวกัน บทความนี้เป็น รายงานผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง ชนิด Blunt ที่มาด้วยลักษณะอาการทางคลินิกต่างกัน เพื่อให้ทราบถึงลักษณะอาการ และการวินิจฉัย แนวทางการรักษา ซึ่งได้ผลดีโดยไม่ต้องผ่าตัด

รายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 5 ปี บ้านอยู่กรุงเทพฯ มาโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก

อาการสำคัญ:

ปวดท้อง 1 วัน

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน:

— ประมาณ 1 วันก่อนมา ร.พ.ตอนกลางวัน ตกจากบ้านสูงประมาณ 4 เมตร ท้องกระแทกพื้น ที่มีเศษอิฐและปูนเก่า ๆ ไม่สลบ ลุกวิ่งได้ ตอนนั้น ไม่มีอาการอะไรผิดปกติ

— ตอนกลางคืนวันนั้นเด็กมีอาการปวดท้อง บริเวณลิ้นปี่ ไปตรวจที่คลินิกใกล้บ้าน ได้ยำน้ามา

กิน อาการไม่ดีขึ้น ยังปวดท้องอยู่ อาเจียน 2 ครั้ง เป็นอาหารและยาที่ทาน

— เช้าวันที่มา ร.พ.ปวดท้องมากขึ้น ปวดตลอด เวลาบริเวณลิ้นปี่ กินข้าวแล้วอาเจียน ไม่มีเลือด ไม่มี bile ไม่ถ่ายอุจจาระมาตั้งแต่วันที่ได้รับบาดเจ็บ ประวัติในอดีต :

— เป็นลูกคนที่ 1/2 ปกติแข็งแรงดี

— ไม่เคยป่วยร้ายแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยแพ้ยา เจริญเติบโตปกติ

การตรวจร่างกาย:

Vital sign BP 120/70, PR 120/min, RR 26/min, BT 37.7° C, BW 16 Kg.

ลักษณะทั่วไป Acutely ill, not toxic, not pale, good conscious

หู ตา คอ จมูก ปกติ

ปอดและทรวงอก ปกติ

หัวใจ ปกติ

ช่องท้อง พบ Abrasion wound ขนาด ประมาณ 2 ซม. ที่บริเวณลิ้นปี่ เจ็บที่ epigastrium และ guarding ท้องอืดเล็กน้อยบริเวณ ลิ้นปี่ คล้ำไม่พบก้อนในช่องท้อง การเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ คล้ำ ตับและม้ามไม่ได้

แขนและขา อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตรวจทางทวารหนัก ได้อูจจาระสีเหลือง ไม่เจ็บ ไม่พบก้อน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น:

— ฮีมาโตคริต 35%, ฮีโมโกลบิน 11.2 กรัม%, เกร็ดเลือดจำนวนปกติ

— เม็ดเลือดขาว 14,750, N. 83%, E 1%, L. 16%.

— ตรวจปัสสาวะ Alb-Trace, Sugar-Neg. Rbc. 0-2, Wbc 2-4, Epi. 1-3/HD

— อีเล็กโตรลัยท์ Na 140, K 4.4, HCO₃
18.2
แพทย์ผู้ดูแลได้ส่งผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสี Acute
abdomen (ภาพรังสีแสดงในภาพที่ 1.1, 1.2) ซึ่ง

ไม่แสดงให้เห็นลักษณะที่เห็นผิดปกติ นอกจากมี
Ileus ของลำไส้ทั่ว ๆ ไป
การวินิจฉัยเบื้องต้น : BLUNT ABDOMINAL
TRAUMA (No specific organs injury)

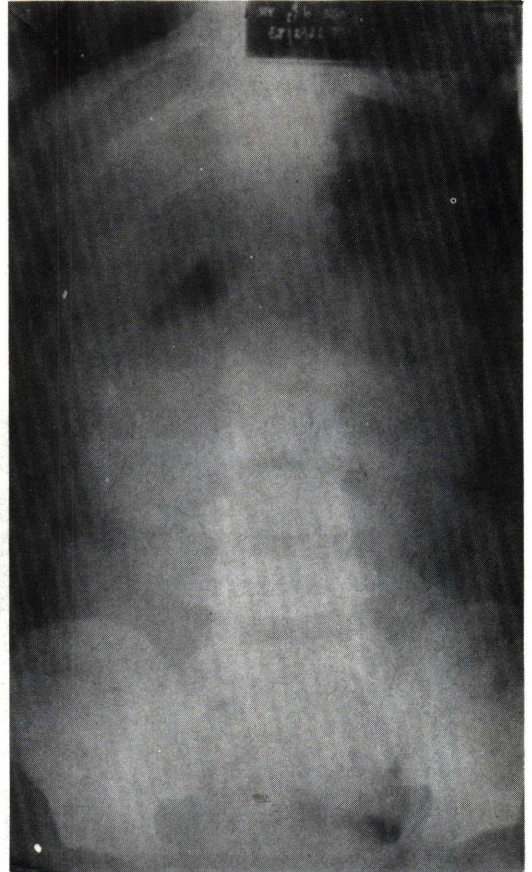
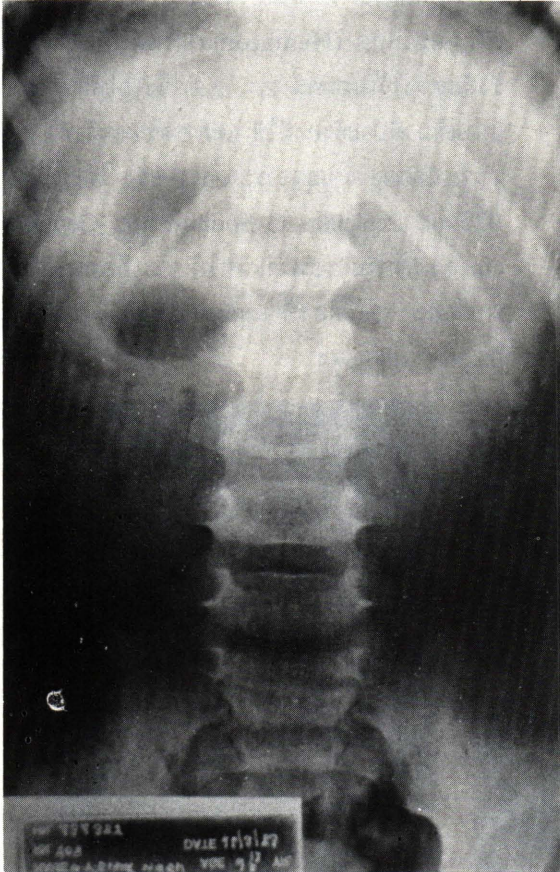


Figure 1.1-1.2 X-Ray Plain abdomen revealed dilatation of stomach and upper part of duodenum with minimal bowel gas in rest of film indicative of obstruction of upper GI tract.

การรักษา :

ได้ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากไว้, ให้
น้ำเกลือ, ใส่สาย NG (content สีขาวใสไม่มีเลือด
ปน)

เนื่องจากการตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษ
อื่น ๆ เท่าที่ทำได้ขณะนั้น ไม่สามารถบ่งบอกถึง

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายในช่องท้องได้ชัดเจน และ
ผู้ป่วยมีอาการไม่เลวมาก จึงรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล
ให้การรักษาแบบประคับประคอง และดูแลอาการ
อย่างใกล้ชิดต่อไป

หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล vital signs
คงที่ตลอด ผู้ป่วยยังคงปวดท้อง และตรวจพบอาการ

ปวดที่ลิ้นปี่ โดยหน้าท้องส่วนอื่น นุ่ม กดไม่เจ็บ และไม่มี Rebound tenderness, การเคลื่อนไหว ลำไส้ฟังได้ยินนาน ๆ ครั้ง วันรุ่งขึ้นผู้ป่วยเริ่มมีไข้ ประมาณ 38 องศา ซ. แต่อาการอื่น ๆ คงเดิม ได้เจาะเลือดตรวจปัสสาวะซ้ำ ผลฮีโมโกลบิน 9.1 กรัม% ฮีมาโตคริต 33% WBC 15,700 N 80% L 20% ปัสสาวะไม่พบ RBC, WBC และผล amylase ในซีรัมเป็น 1,338 ยูนิต

เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไม่เลวลง จึงได้ให้การรักษาแบบประคับประคองต่อ พบว่า content ที่ได้จากสาย NG ไม่มีเลือดปน แต่มีสีน้ำตาลปนออกวันละค่อนข้างมาก ให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่า มี BLUNT INJURY ต่อตับอ่อน และ Duodenum

วันที่ 2 หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล จึงนำผู้ป่วยไปทำการตรวจทางรังสี Upper GI study ผลพบเป็น Intramural hematoma ของ duodenum ส่วนที่ 2 และ 3 และ jejunum ส่วนต้น โดยไม่มีการทะลุของลำไส้ แต่มีการอุดตันบางส่วน และพบว่ามีก้อนที่ด้านหลังของกระเพาะอาหารสงสัยว่าเป็นก้อนเลือด (Hematoma) ในตับอ่อน (ภาพรังสีแสดงไว้ในภาพที่ 2.1, 2.2) จึงได้ให้การรักษาแบบเดิม ผู้ป่วยยังคงมีไข้ แต่การตรวจหน้าท้องพบว่าเจ็บน้อยลง ถ่ายอุจจาระเอง 1 ครั้ง ได้เริ่มให้ยาปฏิชีวนะ Penicillin G Sodium และ Gentamicin ตามลำดับ ระหว่างนั้นได้เจาะเลือดตรวจซ้ำ พบว่าฮีมาโตคริตคงที่ และผล amylase ในซีรัมอีก 2 ครั้งยังคงสูง

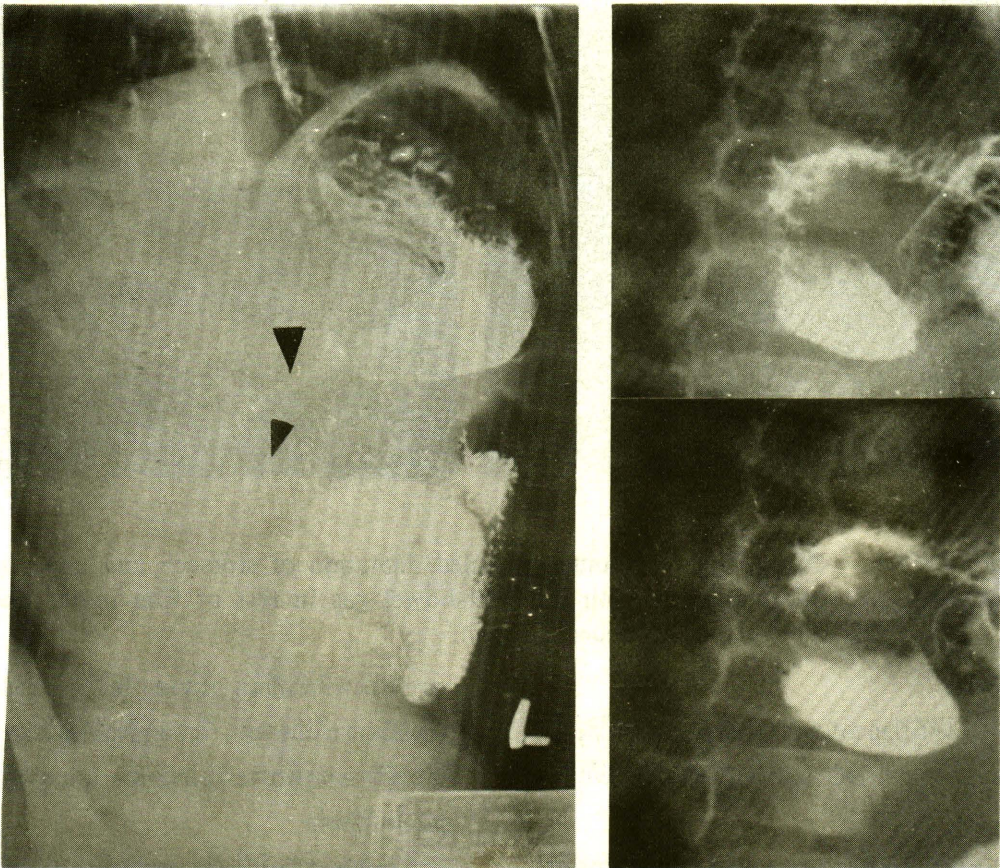


Figure 2.1-2.2 Upper GI study showed filling defects in the wall of duodenum and upper jejunum and anterior displacement of stomach was also noted.

7 วันหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ ท้องกดเจ็บเพียงเล็กน้อย แต่คลำได้ก้อนที่บริเวณ ลิ้นปี่ จึงได้ส่งตรวจ Ultrasonography ผลพบว่า มี complex mass ที่บริเวณ body ของตับอ่อน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 6 ซม. ไม่พบว่ามี rupture ของตับอ่อนที่บริเวณใด ให้การวินิจฉัยว่าเป็นก้อน เลือดของตับอ่อน

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ ท้องไม่เจ็บ เริ่มให้ ทานอาหารในวันที่ 8 ซึ่งทานได้ดี แต่ยังคงมีก้อนที่ บริเวณลิ้นปี่ขนาดเท่าเดิม ได้ให้การรักษาแบบเดิม ต่อ และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ได้หลังจากอยู่โรงพยาบาลนาน 13 วัน

ผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลเมื่อ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือนจากนั้น จากลักษณะอาการทางคลินิกเกือบ เป็นปกติ ยังคลำได้ก้อนขนาดเล็กลง ได้ทำ Ultra-sonogram ซ้ำ เมื่อ 1 เดือนหลังออกจากโรง-พยาบาล พบเป็นก้อนถุงน้ำขนาด 4.5 ซม. ที่ตัว ของตับอ่อน จึงได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็น pseudocyst ของตับอ่อน จากการบาดเจ็บครั้งก่อน

สรุปการวินิจฉัยในผู้ป่วยรายนี้คือ INTRA-MURAL HEMATOMA OF DUODENUM AND JEJUNUM WITH PANCREATIC PSEUDOCYST และได้ให้การรักษาแบบประคับ ประคองต่อ นัดตรวจติดตามผลเมื่อ 6 สัปดาห์หลัง กลับจากโรงพยาบาล พบว่าก้อนเล็กลงอีก แต่ยังคง คลำก้อนได้ ส่งผู้ป่วยไปทำ Ultrasonography ซ้ำพบว่า Pseudocyst เล็กลง และนัดตรวจติดตามผลอีก 1 เดือนต่อมาแต่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด จึง ไม่สามารถติดตามการรักษาต่อได้

รายที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 6 ปี บ้านอยู่กรุงเทพฯ มาโรงพยาบาลจุฬาฯ เป็นครั้งที่ 3

อาการสำคัญ: อาเจียนมากมา 3 วัน

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน :

- 4 วันก่อนมา รพ. ซ้ำจักรยานแล้วล้มลง มือ จับจักรยานกระแทกที่ชายโครงด้านซ้าย หลังล้มยัง ลุกขึ้นวิ่งเล่นได้ มีบาดแผลเป็นรอยกระแทกที่ชาย-โครงซ้าย

- 3 วันก่อนมา รพ. เริ่มปวดท้องที่ลิ้นปี่ค่อนข้างไป ทางซ้าย ปวดแน่น ๆ ต่อมาอาเจียนเป็นเศษอาหาร ที่ทาน ไม่มีสีเขียวปน ไม่ขม ไม่มีเลือด ถ่ายละ ๆ 1 ครั้ง จึงมา รพ.จุฬาฯ เป็นครั้งแรก แพทย์ห้อง ฉุกฉินตรวจแล้วให้การวินิจฉัยว่าเป็น Gastroenteritis ให้ยากกลับไปทานที่บ้านและนัดมาตรวจ วันรุ่งขึ้น

- 2 วันก่อนมา รพ.ครั้งนี้ มา รพ.จุฬาฯ เป็น ครั้งที่ 2 แพทย์ยังให้การวินิจฉัยเช่นเดิม แต่รักษา โดยให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ภาวะขาดน้ำ ซึ่งบันทึกไว้ว่าให้ปริมาณแก้การขาดน้ำ 5% หลังน้ำ เกลือหมดให้เกลือแร่ผงไปทานต่อที่บ้าน

- ผู้ป่วยคงมีอาการปวดท้องเช่นเดิม ปวดเกือบ ตลอดเวลา ระยะหลังมีอาเจียนทุกครั้งที่ทำหน้าหรือ อาหาร ท้องอืดขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีไข้จนนอนไม่ค่อย ได้เพราะปวด มารดาจึงพามา รพ.อีกครั้งเป็นครั้งที่ 3

ประวัติในอดีต :

เป็นลูกคนที่ 3 ปกติแข็งแรงดี ได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์

การตรวจร่างกาย :

ลักษณะทั่วไป :

Acutely ill, drowsy, moderate dehydration, good consciousness.

Vital signs BT 36.7°C BP 110/70 HR 80/min

หู ตา คอ จมูก : ตาไม่เหลือง ไม่ซีด ปากแห้ง, sunken eye ball

ปอด : ปกติ, evidence of contusion at lower chest wall (รูปที่ 3)

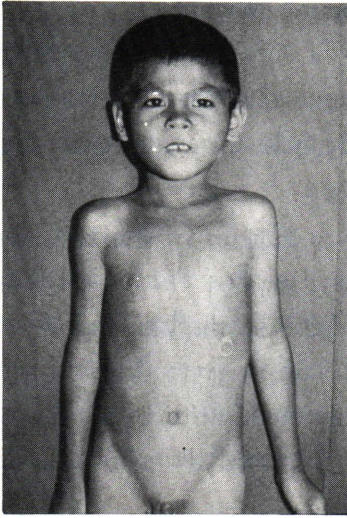


Figure 3 The patient with evidence of contusion on lower part of anterior chest wall.

หัวใจ:ปกติ

ช่องท้อง:อืดเล็กน้อยบริเวณส่วนบน กดเจ็บบริเวณ epigastrium และบริเวณซ้ายบน ไม่พบ guarding หรือ rebound tendernes

ตรวจทางทวารหนัก:อุจจาระสีเหลือง ไม่พบเลือด ไม่เจ็บ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น:

- ฮีมาโตคริต 39%, เกร็ดเลือดปกติ
- เม็ดเลือดขาว 17,300, N. 84%, L. 16%.
- ตรวจปัสสาวะ albumin, Sugar Negative, No RBC or WBC
- อิเล็กโตรลัยท์ No 132, K 3.1 Cl 96 HCO_3 19

แพทย์ได้ส่งผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสี Acute abdomen (ภาพรังสีแสดงในภาพที่ 4.1, 4.2) พบว่ามีเงาอากาศอยู่ในกระเพาะอาหารที่มีขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติ ไม่พบเงาอากาศในลำไส้เล็กส่วนอื่น ๆ พบเงาเล็กน้อยในลำไส้ใหญ่ ไม่มี Free air หรือน้ำในช่องท้อง

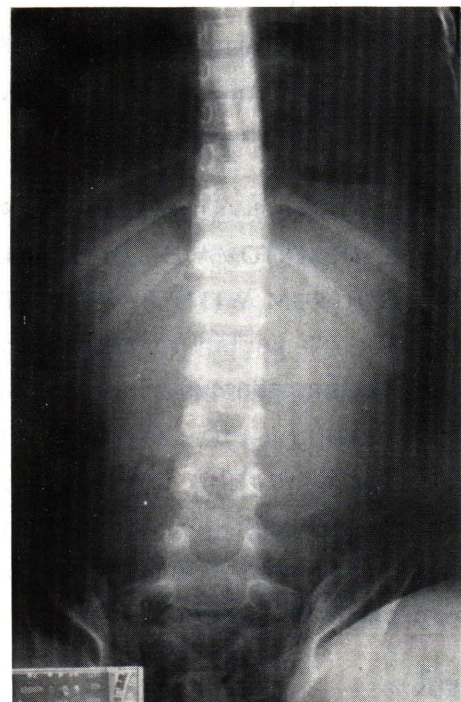
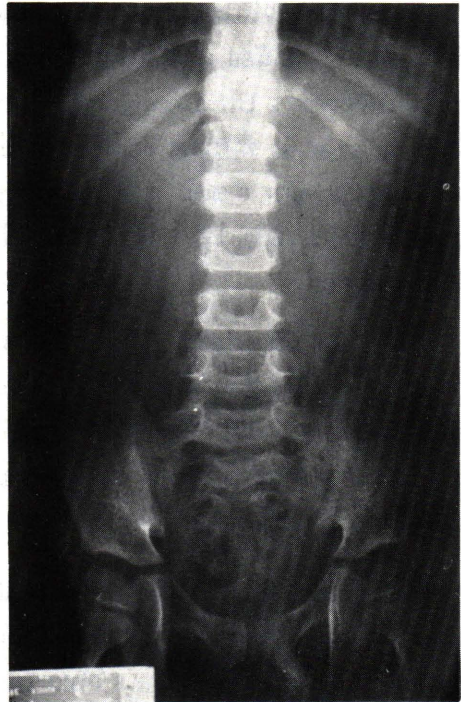


Figure 4.1-4.2 Acute abdomen series show gasless abdomen film with dilatation of stomach.

การวินิจฉัยเบื้องต้น

มีภาวะลำไส้อุดตันที่ส่วนบน (Upper GI obstruction) เชื่อว่าจากการเกิด Intramural hematoma ของดูโอดีนัม

การรักษาและการตรวจหาเพิ่มเติม

งดอาหารและน้ำทางปาก, ใส่สาย NG ให้น้ำเกลือแก้ภาวะขาดน้ำ ขณะเดียวกันส่งตรวจพิเศษ เพิ่มเติมคือ

- ตรวจการทำงานของตับ
ระดับบิลิรูบินรวม 0.6, SGOT 25, SGPT 6, Alkaline phosphatase 50
- ตรวจระดับเอนไซม์ Amylase ในเลือดพบว่าสูง 1032 หน่วย (ปกติ 140-390)
- ตรวจระดับเอนไซม์ lipase 5.81 หน่วย (ปกติ 0.5-1.5)
- ตรวจระดับ Amylase ในปัสสาวะ 1225 หน่วย (ปกติ 50-1400)
- ตรวจพิเศษทางรังสีด้วยสารทึบรังสี (Upper GI Study) ในวันที่รับเข้าไว้ใน รพ. พบว่า มีการอุดตันสมบูรณ์ที่บริเวณดูโอดีนัมส่วนต้น กระเพาะอาหารขยายใหญ่เล็กน้อย (ดังรูปที่ 5) ลักษณะอุดตันเป็น Intramural cause

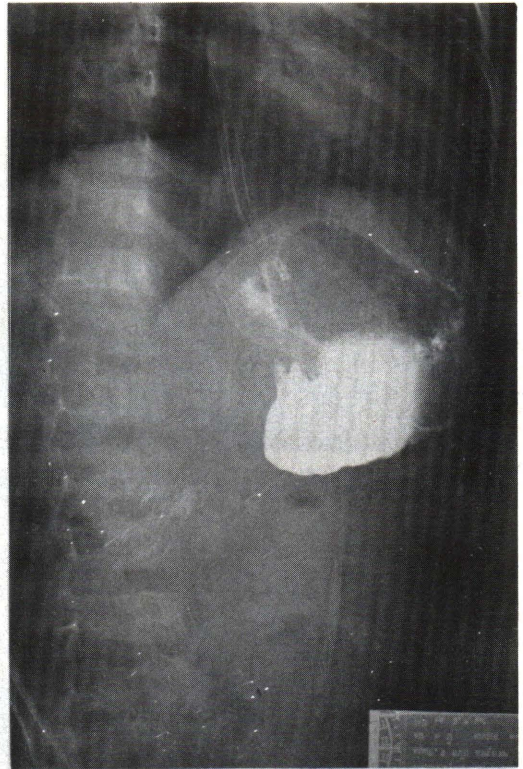


Figure 5 First upper GI study revealed complete obstruction at first part of duodenum.

- ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่ามีก้อน
ที่บริเวณใต้ตับและถุงน้ำดีขนาด 2.2×4

ซม. เข้าได้กับก้อนเลือด (รูปที่ 6)

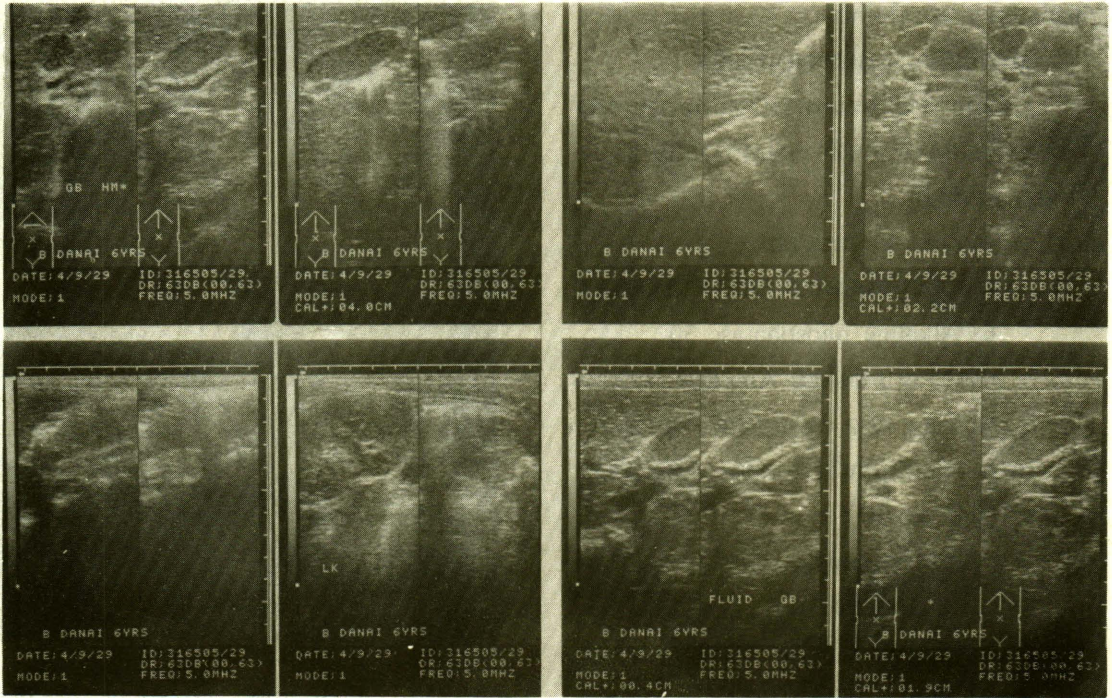


Figure 6

Ultrasonography show hematoma mass at mid upper abdomen, infra-gallbladder region size 2.2×4.0 cm.

จากการตรวจเพิ่มเติมช่วยยืนยันการวินิจฉัยเบื้องต้น จึงได้ให้การรักษาเช่นเดิมไม่ได้ให้ยาปฏิชีวนะและเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือด (Partial hyperalimentation) ในวันที่ 4 หลังจากรับเข้าในโรงพยาบาล ปริมาณของเหลวจากสาย NG ออกมา 600-1350 มล. ต่อวัน

ได้ทำการตรวจด้วยสารทึบรังสีเพิ่มเติมอีกครั้งเป็นครั้งที่ 2 หลังรับผู้ป่วยไว้ใน รพ. 7 วัน พบว่ายังคงมีการอุดตันเกือบสมบูรณ์เห็นลักษณะตรงตำแหน่งที่อุดตันเรียวเล็กลง แสดง intramural cause (รูปที่ 7.1-7.2)

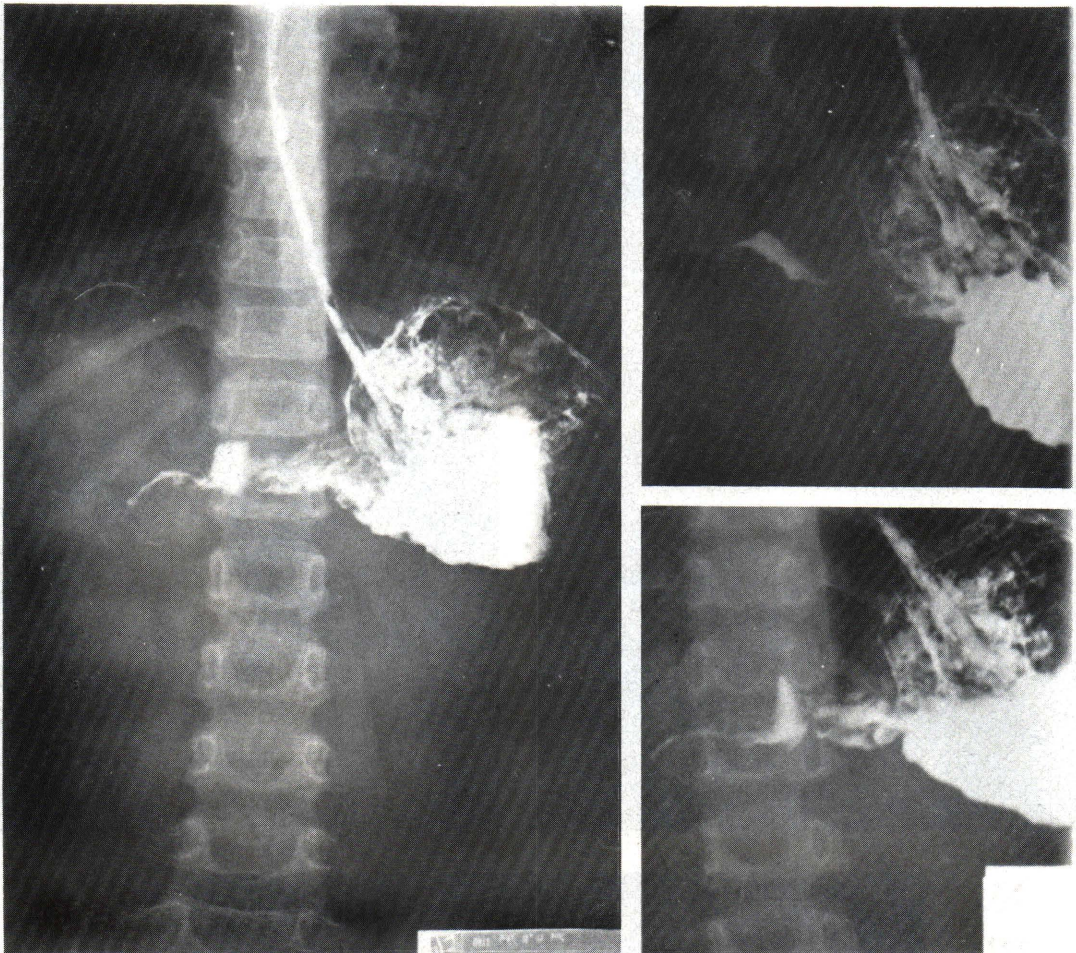


Figure 7.1-7.2 Second upper GI study revealed improvement, nearly complete obstruction intramural cause is noted.

ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่ปวดท้อง ปริมาณของเหลวจากสาย NG เริ่มลดลง และเริ่มมีพลาสม่าถ่ายอุจจาระ จึงได้เอาสาย NG ออก และเริ่มให้น้ำ, อาหารเหลวในวันที่ 13 ที่รับไว้ในโรงพยาบาล และทำการตรวจด้วยสารทึงรังสีเป็นครั้งที่ 3 หลังรับผู้ป่วย พบว่าไม่มีการอุดตันแล้ว แต่ยังคงแสดงให้เห็น intramural filling defect เป็นแห่ง ๆ บริเวณดู

โอดีนัมทั้งส่วนที่ 1,2 และ 3 (ดูรูปที่ 8.1-8.3)

ได้ทำการตรวจระดับ Amylase ซ้ำพบว่าลดลงเป็นปกติในวันที่ 7 หลังรับไว้ใน รพ. จำหน่ายผู้ป่วยได้หลังจากอยู่ รพ. 17 วัน

ผู้ป่วยมาติดตามผล 2 สัปดาห์ หลังกลับจากรพ. ลักษณะอาการทางคลินิกเป็นปกติ ไม่ปวดท้อง ทานอาหารได้ปกติ

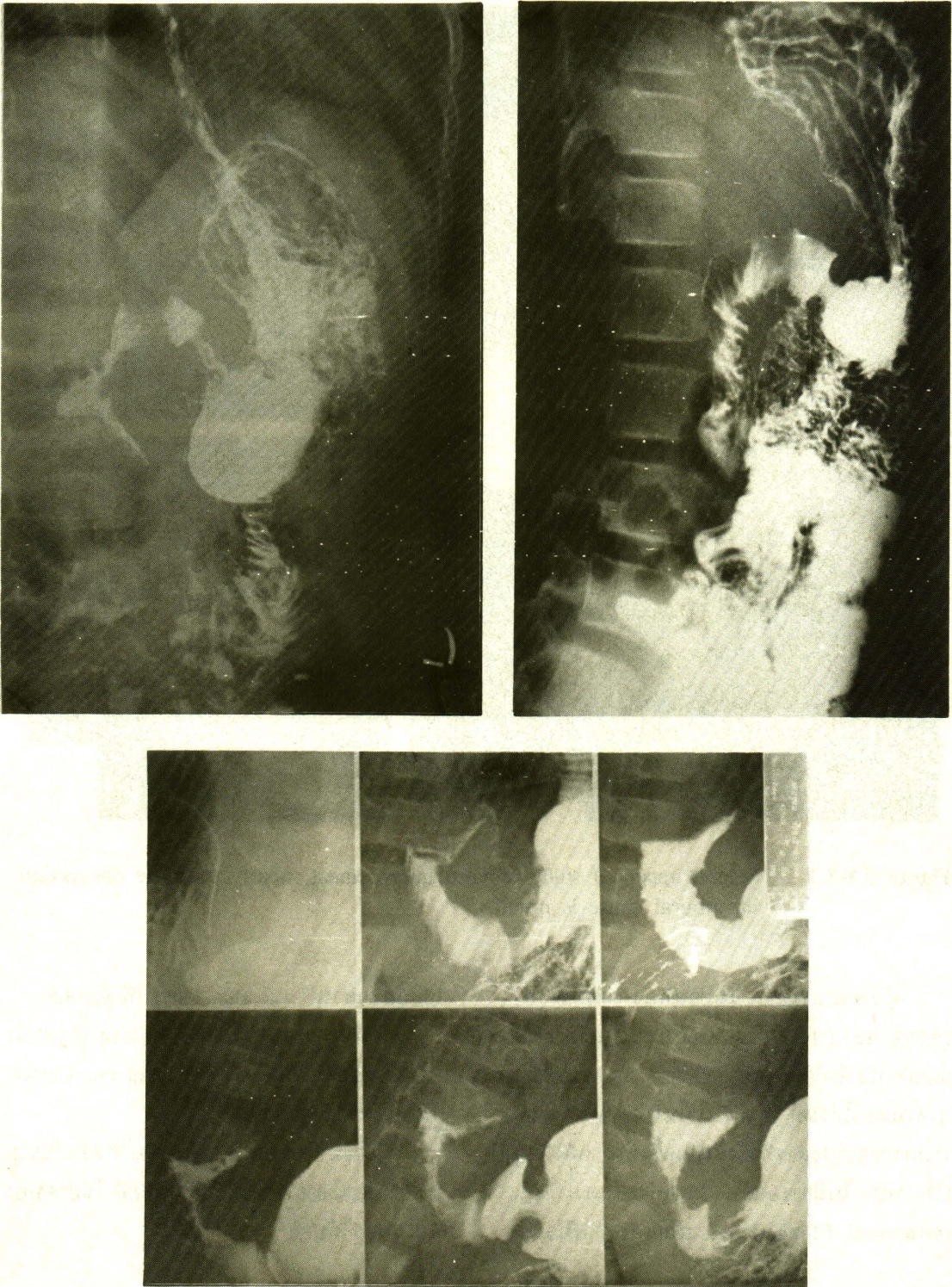


Figure 8.1-8.3 Third upper GI study showed resolution of the obstructing hematoma but irregular intramural filling defects (stacked coin sign or picket fence sign) were noted in first, second and third part duodenum.

วิจารณ์

สำหรับผู้ป่วยรายแรก อาจมีปัญหานำมาพิจารณาควรทำผ่าตัดหรือไม่ ในระยะ 2-3 วันแรก เพราะเด็กปวดท้องมาก ซึ่งแยกไม่ได้ ถ้ามีดูโอติ่มหรือตับอ่อนบาดเจ็บเพราะเป็นอวัยวะที่อยู่หลังช่องท้อง (Retroperitoneum) ที่มักจะไม่มีอาการหรืออาการแสดงชัดเจน โดยเฉพาะในเด็กรายนี้ ซึ่งมีค่า amylase ในเลือดสูงมาก อย่างไรก็ตามค่า Amylase ที่สูงก็ไม่ใช่ว่าข้อชี้ที่จะนำผู้ป่วยไปผ่าตัดประกอบกับการที่แพทย์ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลอย่างใกล้ชิดได้ จึงได้ตัดสินใจให้การรักษาแบบประคับประคองต่อ

ผู้ป่วยรายที่ 2 นั้น ได้รับการรักษาโดยวินิจฉัยผิดพลาดถึง 2 ครั้ง คงเนื่องจากแพทย์ผู้ดูแลยังอาจมีประสบการณ์ไม่พอเพียงทั้ง ๆ ที่น่าจะวินิจฉัยหรือสงสัยได้ตั้งแต่เด็กมาโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก

ปัญหา Intramural hematoma ของดูโอติ่มและลำไส้เล็กส่วนอื่น มีสถิติพบมากขึ้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากการรวบรวมภายในระยะเวลา 11 ปี ตั้งแต่ 2519-2529 พบทั้งสิ้น 11 ราย โดยพบ 1 รายในปี 2519 ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Evacuation of clot และพบ 4 ราย ในปี 2528 ผู้ป่วย 1 ราย พบเป็น Aplastic anemia มาด้วยปัญหาลำไส้อุดตันจากลำไส้กลืนกัน ได้รับการตัดลำไส้ออก, อีกรายมี spontaneous bleeding จากพิษงูรักษาโดยประคับประคอง รายอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมีประวัติได้รับบาดเจ็บชนิด Blunt และได้รับการรักษาแบบประคับประคองไม่ต้องผ่าตัด ในจำนวนนี้นั้นพบว่า มีภัยอันตรายต่อตับอ่อนเป็น Pseudocyst ร่วมด้วย 2 ราย การวินิจฉัยในระยะหลังทำได้แม่นยำขึ้นจากประสบการณ์ซึ่งประกอบด้วยลักษณะทางคลินิกร่วมกับการทำ Upper GI study (และ Ultrasonography ถ้าคิดถึงภัยอันตรายต่อตับอ่อนร่วมด้วย) ซึ่งนอกจาก

จะให้การวินิจฉัยแล้วยังใช้ Rule out ว่าไม่มี perforation ของกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนบนด้วย ส่วนปัญหาภัยอันตรายต่อตับอ่อน ถ้าไม่รุนแรงแล้ว การรักษา จะไม่ผ่าตัด ซึ่งแม้จะเกิด pseudocyst ภายหลัง น่าจะรักษาได้ง่ายกว่า แต่ทั้งนี้ถ้าจะให้การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ท้องแบบตัวอย่างผู้ป่วยรายแรกในรายงานนี้ต้องแน่ใจว่าไม่มีปัญหาบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นร่วมด้วย และต้องดูแลตรวจติดตามซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เป็นระยะ ๆ อย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งจะทำผ่าตัดทุกเมื่อ ถ้าคนไข้มีอาการและอาการแสดงเปลี่ยนแปลงที่เลวลง เพราะการผ่าตัดลำไส้ในรายที่มีการทะลุของ Duodenum หรือภัยอันตรายต่อตับอ่อนที่รุนแรงนั้น เพิ่มอัตราการตายและโรคแทรกซ้อนอย่างมาก

อภิปราย

ภาวะ Intramural hematoma ของลำไส้เล็ก เป็นภาวะที่มีการคั่งของเลือดอยู่ภายใน Interstitial tissue หรือในชั้นกล้ามเนื้อ หรือในชั้น Subserosa ของผนังลำไส้ ซึ่งมักพบว่าเกิดจากภัยอันตรายต่อท้อง โดยเฉพาะเป็นแบบ Blunt แต่อาจเกิดขึ้นเองได้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดออกง่ายผิดปกติ หรือได้รับยา Anticoagulants

Blunt Trauma จะเป็นผลให้เกิดแรงกดลงบนลำไส้ระหว่างแรงที่มากกระแทกกับผนังหน้าท้องด้านหลัง หรือกระตุกสันหลัง ทำให้เกิดมี extravasation ของเลือด เข้าไปในผนังลำไส้ โดยไม่มีการฉีกขาดของชั้นเยื่อลำไส้ หรือชั้น serosa เพราะแรงกระแทกมักจะไม่รุนแรงมาก ตำแหน่งที่เกิดมักเป็นส่วน Duodenum ที่ไม่เคลื่อนไหว และอยู่หน้าต่อกระตุกสันหลัง นอกจากนั้นอาจเกิดจาก shearing force ที่มีต่อผนังลำไส้ก็ได้⁽¹⁾

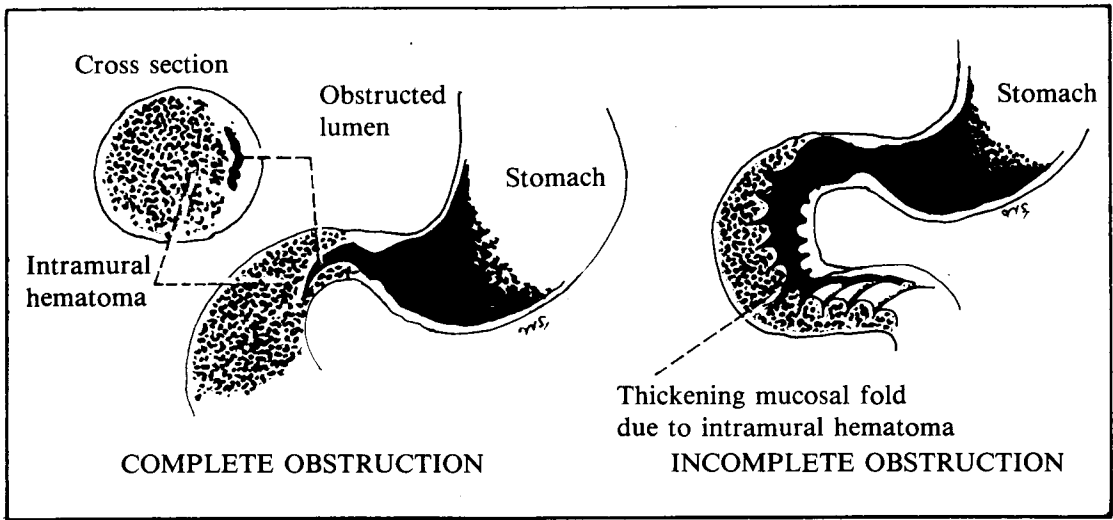


Figure 9 Diagrammatic conception of intramural hematoma of duodenum.

ภาวะ Intramural hematoma ของลำไส้ อาจเกิดร่วมกับการบาดเจ็บของ อวัยวะอื่นใกล้เคียง ได้ เช่น Traumatic pancreatitis หรือ Pancreatic pseudocyst หรือบริเวณที่ใกล้กับรูเปิดของ ท่อน้ำดีหรือท่อน้ำย่อยตับอ่อน⁽²⁾

รายงานของภาวะนี้ส่วนมากพบในเด็ก ถ้าเป็น ในผู้ใหญ่มักจะไม่ค่อยพบว่าเกิดจากภยันตรายส่วน มากพบได้ที่ Duodenum แต่อาจพบได้ทั้งที่ Duo- denum แห่งเดียว หรือ Duodenum ร่วมกับลำไส้ เล็กส่วนอื่น หรือพบเฉพาะที่ลำไส้เล็กส่วนอื่นที่ ไม่ใช่ Duodenum

การวินิจฉัย

อาการแสดงในภาวะนี้อาจพบได้ 2 ลักษณะ คือ แบบแรกมาด้วยอาการและอาการแสดงทันที หลังเกิดการบาดเจ็บ พวกนี้มักถูกทำผ่าตัดและวินิจฉัย ได้จากสิ่งที่พบระหว่างผ่าตัดแบบที่ 2 มาด้วยอาการ ปวดท้องและอาเจียนหลังจากมีการบาดเจ็บหลาย ๆ วัน หรือบางครั้งไม่ได้ประวัติของการบาดเจ็บก่อน วินิจฉัย เพราะมักเป็นบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงมาก

ในแบบแรก เหมือนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ทัว ๆ ไป ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ แต่อาการไม่รุนแรง และตรวจร่างกายไม่พบอาการเหมือนในรายที่มี การแตกทะลุของลำไส้ ในแบบที่ 2 อาการปวดท้อง มักพบที่บริเวณลิ้นปี่ แต่บางครั้งอาจปวดร้าวไปยัง บริเวณอื่น เช่น ท้องน้อยด้านขวา ทำให้ถูกวินิจฉัย ผิดเป็นไส้ติ่งอักเสบได้ อาการอาเจียนมักพบว่าเป็น อาการสำคัญที่มีในผู้ป่วยเกือบทุกราย อาจมีน้ำดีปน หรือไม่มีก็ได้ ขึ้นกับตำแหน่งและการอุดตันว่าสมบูรณ์ หรือไม่

ตรวจร่างกายก็จะพบกดเจ็บที่บริเวณลิ้นปี่ไม่ รุนแรงมาก และมักไม่ค่อยมี guarding ผู้ป่วยอาจ มีไข้ได้ประมาณ 38 องศาเซลเซียส ตรวจไม่พบว่า มีอาการช็อค หรือช็อคจากการเสียเลือด⁽³⁾

การตรวจทางรังสี ในผู้ป่วยแบบแรกเหมือน ผู้ป่วยบาดเจ็บทัว ๆ ไป คืออาจพบเพียง Ileus ของ ลำไส้โดยไม่มีลักษณะพิเศษ แต่ในแบบที่ 2 Acute abdomen series อาจแสดงถึง Ileus หรือ dilata- tion ของกระเพาะอาหาร และ Duodenum โดย ไม่ค่อยพบเงาอากาศในลำไส้ส่วนอื่นหรือพบน้อย (Gasless abdomen)

การทำ Upper GI Study ให้การวินิจฉัยได้แน่นอนขึ้นจากการพบลักษณะพิเศษทางรังสี โดยจะเห็นลักษณะของ Coiled-spring sign⁽⁴⁾ (ดูรูปที่ 10.1-10.2) ตรงตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ

หรือเป็น Stacked-Coin เห็น mucosal fold บวมหนาขึ้นซ้อน ๆ กัน⁽⁵⁾ และพบลักษณะของลำไส้อุดตันร่วมด้วยการทำยังมีประโยชน์ช่วยพิสูจน์ว่ามีการทะลุของลำไส้หรือไม่ด้วย

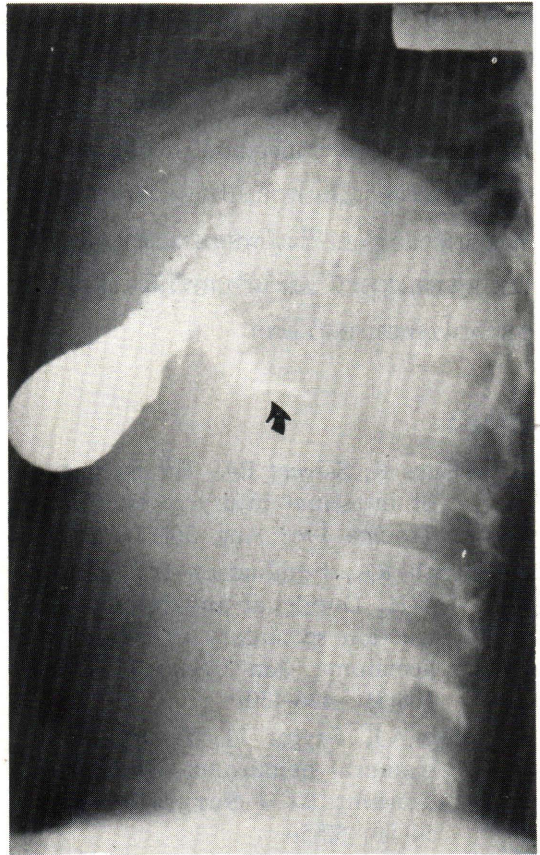
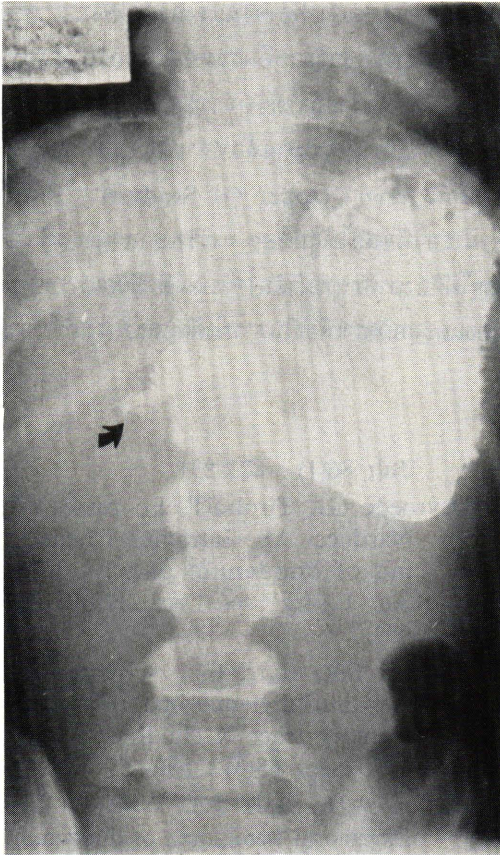


Figure 10.1-10.2 Coiled-spring sign in upper GI study indicated intramural hematoma of duodenum.

การรักษา

สมัยแรกรักษาโดยวิธีผ่าตัด เพราะมักวินิจฉัยไม่ได้ก่อนผ่าตัดและทำ evacuation เอาก้อนเลือดออก บางรายทำ Gastroenterostomy ร่วมไปด้วย^(6,7) แต่ปัจจุบันพบว่าการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัดได้ผลดี โดยต้องสามารถวินิจฉัยให้ได้ และแยกการมีภาวะบาดเจ็บของอวัยวะอื่น ๆ ที่อาจมีร่วม

ด้วยออกไป รักษาโดยงดอาหารและใส่สาย Nasogastric ระยะเวลาเฉลี่ย 4-7 วัน พบว่าก้อนเลือดดูดซึมกลับไปได้โดยไม่พบว่ามี Stricture หรือข้อแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาภายหลัง^(7,8,9) และถ้าเห็นว่าต้องงดอาหารอยู่นาน อาจพิจารณาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Partial hyperalimentation) ร่วมด้วย

สรุป

ที่เสนอมาเป็นผู้ป่วยสองราย ที่ได้รับบาดเจ็บที่ท้องบริเวณลิ้นปี่ชนิด Blunt injury ซึ่งวินิจฉัยว่าเป็น Intramural hematoma of duodenum รายแรกพบร่วมกับ minor pancreatic injury มาโรงพยาบาลหลังได้รับบาดเจ็บทันที และได้รับการรักษาแบบประคับประคองไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยดีขึ้น แต่ภายหลังเกิดเป็น Pancreatic pseudocyst ซึ่งก็ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเช่นเดิม รายที่ 2 มาด้วยอาเจียน ซึ่งเป็นลักษณะทางคลินิกอีกแบบหนึ่งของภาวะนี้ และได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดขณะมาโรงพยาบาลครั้งแรก

อ้างอิง

1. Williams R, Sargent BA. The mechanism of intestinal injury in trauma. J Trauma 1963 Apr; 3(4) : 288-294
2. Parrish RA, Edmondson HT, Moretz WH. Duodenal and biliary obstruction secondary to intramural hematoma. Am J Surg 1964 Sep; 108(3) : 426-430
3. Webb AJ, Taylor JJ. Traumatic intramural hematoma of the duodenum. Br J Surg 1967 Jan; 54(1) : 50-56
4. Felson B, Levin EJ. Intramural hematoma of duodenum, a diagnostic roentgen sign. Radiology 1954 Dec; 63(6) : 823-831
5. Wiot JF, Weinstein AS, Felson B. Duodenal hematoma induced by coumarin. Am J Roentgenol 1961 Jul; 86(1) : 823-831
6. Devroede GJ, Tirol FT, Lo russo VA, Narducci AE. Intramural hematoma of duodenum and jejunum. Am J Surg 1966 Dec; 112(6) : 947-952
7. Stewart DR, Byrd CL, Schuster SR. Intramural hematoma of the alimentary tract in children. Surgery 1970 Sep; 68(3) : 550-557
8. Fullen WD, Selle JG, Whitely DH. Intramural hematoma of duodenum. Ann Surg 1974 May; 179(5) : 549-556
9. Nielson IM. Intramural hematoma of the duodenum treated conservatively. Acta Chir Scand 1980; 146 : 303-305