



ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ขอย ศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10320

โทร 0-2716-6141-3 โทรสาร 0-2716-6144 กรุงเทพฯ 10311

Royal College of Surgeons of Thailand

Royal golden Jubilee Building 2 Soi Soonvijai, New Petchaburi Road Bangkok 10300, Thailand

Tel 66-0-2716-6141-3 FAX 66 0-2716-6144 Bangkok 10300, Thailand

Email Address rcst@surgeons.or.th Website www.surgeons.or.th

แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN SURGERY

สาขา: กุมารศัลยศาสตร์ โรค

เรื่อง: ลำไส้กลืนกัน (INTUSSUSCEPTION)

โรคลำไส้กลืนกันเป็นสาเหตุของการอุดตันของลำไส้ที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 3 เดือนถึง 1 ปี (ถ้าไม่นับการอุดตันของลำไส้จากเยื่อพังผืดหลังผ่าตัด) และมักไม่สามารถหาสาเหตุทำให้เกิดลำไส้กลืนกันได้ ถ้าโรครดำเนินไปโดยไม่ได้รับการวินิจฉัย ลำไส้ส่วนที่ถูกกลืนอาจขาดเลือดไปเลี้ยง และเน่าตายได้ ช่วงอายุอื่นก็อาจพบได้แต่น้อยกว่ามาก

1. การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคนี้อาศัยข้อมูลเรื่องอายุ ประวัติที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน และลักษณะทางคลินิกและทางรังสีวิทยาของการมีภาวะลำไส้อุดตัน

1.1 อาการ

1.1.1 อาการอาเจียน เป็นอาการเด่น ตอนแรกอาจเป็นนมหรือสิ่งที่รับประทานเข้าไป ระยะต่อมาจึงมีสีเหลืองหรือเขียวของน้ำดีปน

1.1.2 อาการปวดท้อง ซึ่งสังเกตได้จากกรีดร้องมากเป็นพักๆ เพราะมี colicky pain ช่วงที่เด็กไม่ปวดอาจดูสบายดี เวลาร้องมักจะเกร็งมือเกร็งเท้า อาจมีอาการหน้าซีด

1.1.3 อาการท้องอืด พบในระยะท้ายๆ

1.1.4 อาการถ่ายเป็นมูกปนเลือดสีค่อนขางสด ลักษณะคล้าย currant jelly

1.1.5 อาการอื่นๆซึ่งอาจพบได้แต่ไม่ใช่อาการเด่น เช่น อาการช้ำ อาการซีม บางรายมีอาการของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หรือระบบทางเดินอาหารนำมาก่อน

1.2 การตรวจร่างกาย

1.2.1 ระยะแรกที่ยังไม่มีท้องอืด อาจคลำได้ก้อนในท้อง ซึ่งมีความสำคัญมากในการวินิจฉัยโรคนี้ ลักษณะก้อนมักเป็นลำยาวคล้ายไส้กรอก ส่วนมากพบที่ด้านขวาบนของช่องท้อง

1.2.2 ในระยะแรกๆ อาจไม่พบสิ่งผิดปกติ ในระยะหลังจะพบมูกปนเลือด หรืออาจคลำพบ ลำไส้ที่ถูกกลืน (intussusceptum) ใน rectum

1.3 การตรวจทางรังสีวิทยา

1.3.1 การถ่ายภาพรังสีช่องท้อง (plain film acute abdomen series) ในระยะแรกๆ ของโรคอาจไม่พบสิ่งผิดปกติหรืออาจพบเงาของก้อนในช่องท้อง ในระยะต่อมาจะเริ่มเห็นลักษณะของการอุดตันที่ส่วนปลายของลำไส้เล็กชัดเจนขึ้น ควรทำในผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่าจะเป็นโรคนี้นี้

1.3.2 Barium enema (BE.) เป็นการพิสูจน์ทางรังสีที่แน่นอนของโรคลำไส้กลืนกัน เห็นลักษณะลำไส้ที่ถูกกลืนเห็นเป็นเงาโค้ง (crescent sign) และเห็นแบเรียมแทรกอยู่ระหว่างลำไส้ที่ถูกกลืนเห็นลักษณะเหมือนขดลวดที่เรียกว่า coil-spring sign การตรวจด้วย Barium enema เป็นวิธีการในการรักษาโรคนี้นี้ไปด้วย

การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงใช้เฉพาะในกรณีที่จะไม่ใช้วิธีการทำ Barium enema เพื่อการรักษาเพราะหากจะใช้วิธีนั้น ก็จะได้ประโยชน์ทั้งการวินิจฉัยและรักษาไปพร้อมกัน โดยไม่จำเป็นต้องใช้วิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

2. การรักษา

การรักษามี 2 แบบขึ้นกับความรุนแรงของพยาธิสภาพ

2.1 Non-operative treatment การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด สามารถทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่

2.1.1 Hydrostatic pressure reduction โดยใช้สารแบเรียม (barium) ภายใต้ fluoroscopic control โดยรังสีแพทย์ที่มีประสบการณ์ ระวังบรรจุ barium ควรอยู่สูงกว่าตัวคนไข้ไม่เกิน 100 ซม. หรือ 3 ฟุตครึ่ง อาจใช้น้ำแทนแบเรียมโดยใช้ ultrasound control หรือใช้สารทึบรังสีอย่างอื่นแทนได้

2.1.2 Pneumatic reduction โดยใช้ลมภายใต้ fluoroscopic หรือ uetrasound control ใช้ความดันไม่เกิน 120 มม.ปรอท

ความดันจากสารแบเรียม หรือลมหรือน้ำจะดันลำไส้ส่วนที่ถูกกลืนให้กลับไปได้ ถ้าทำได้สำเร็จ สมบูรณ์ จะพบสารที่ใส่เข้าไปไหลย้อนกลับเข้าไปในลำไส้เล็กส่วน Terminal ileum ได้โดยสะดวก

2.2 Operative treatment โดยผ่าตัดเข้าไปดันลำไส้ที่กลืนกัน (intussusception) ให้คลายหลุดจากกัน ถ้าไม่สามารถดันให้หลุดหรือหลังจากดันกลับแล้วพบว่ามีการเน่าตาย หรือการทะลุของลำไส้ก็จำเป็นต้องตัดลำไส้ส่วนที่เน่าตายออก ควรตัดเอาไส้ตั้งออกด้วยทุกครั้ง ทั้งกรณีที่ดันกลับได้ หรือกรณีที่ต้องตัดต่อลำไส้

ในแง่ปฏิบัติ ถ้าสามารถให้การวินิจฉัยโรคนี้นี้ได้ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมคือมีรังสีแพทย์ที่มีประสบการณ์และพร้อมที่จะให้การรักษาแบบ non-operative treatment ได้ นั้น ควรเลือกใช้การรักษาแบบ non-operative treatment ก่อน ถ้าไม่สำเร็จให้รักษาโดยการผ่าตัด หากไม่มีความพร้อม ให้ส่งผู้ป่วยไปยังที่มีความพร้อม และมีแพทย์ที่มีประสบการณ์

ผู้ป่วยที่มีลักษณะต่อไปนี้ไม่ควรจะรักษาโดย non-operative treatment แต่แนะนำให้รักษาโดยการผ่าตัดเลย ได้แก่

1. มีลักษณะของเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไป (peritonitis) จากการตรวจร่างกาย แสดงว่ามี ลำไส้เน่าตาย หรือแตกทะลุ
2. ผู้ป่วยที่เป็นมานานมีสภาพทั่วไปไม่ดีหรือท้องอืดมาก
3. มีลักษณะที่บ่งชี้ว่ามีลำไส้แตกทะลุจากภาพรังสีของช่องท้อง

ผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนจะให้การรักษาแบบ non-operative treatment ควรได้รับการรักษาโดยวิธีประคับประคองแก้ปัญหาขาดน้ำ (dehydration) ให้อาการทั่วไปดีขึ้นและอยู่ในขั้นที่สามารถนำไปผ่าตัดได้ทันทีหากเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก non-operative treatment หรือใช้วิธีไม่ผ่าตัดไม่สำเร็จ

ในระยะหลังผ่าตัดต้องแก้ไขภาวะขาดน้ำต่อ รวมถึงต้องระวังภาวะช็อกที่อาจการได้ทั้งหลังการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด และไม่ผ่าตัด ภาวะช็อกนี้อาจเกิดร่วมกับไข้สูง หรือจากสาเหตุอื่นที่ยังไม่ทราบแน่ชัดในปัจจุบัน ดังนั้น อาจให้ยาแก้อักเสบร่วมด้วยในระยะแรกหลังการรักษาทั้งสองวิธี

CPG-S code : 19P98

Correspondence

นพ.สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ

นพ.ทวิสิน ต้นประยูร

ฝ่ายวิชาการ รวสท.

แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรมนี้ จัดทำขึ้นโดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ แต่ละสาขาได้ร่วมกันให้ความคิดเห็น ร่าง แก้ไข สรุป และจัดทำเป็นเอกสาร โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ศัลยแพทย์ และ แพทย์ทั่วไปได้ใช้เป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านศัลยกรรมที่พบบ่อยและ หรือ มีความสำคัญ กับ เป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้ทันต่อยุคสมัย เพื่อให้การรักษามีมาตรฐานจัดทำขึ้นในลักษณะของ **managed care guideline** มิใช่ตำราและห้ามนำไปใช้อ้างอิงในทางอื่น โดยมีได้รับอนุญาตจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย