



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 frcst@surgeons.or.th Website www.surgeons.or.th

แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN SURGERY

สาขา: กุมารศัลยศาสตร์ โรค

เรื่อง: ไส้ติ่งอักเสบ (APPENDICITIS)

โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่ต้องการการรักษาทางศัลยกรรมเร่งด่วนที่พบได้บ่อยที่สุดทั้งในผู้ใหญ่และในผู้ป่วยวัยเด็ก เป็นโรคที่มีปัญหาในการวินิจฉัยให้ถูกต้องค่อนข้างมาก ผู้ป่วยบางรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้แต่เมื่อผ่าตัดเข้าไปก็พบว่าไส้ติ่งไม่มีการอักเสบ ผู้ป่วยบางรายแม้จะไปพบแพทย์แต่ก็ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น จนกระทั่งไส้ติ่งแตกแล้วจึงได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ขวบเกือบทุกรายมักจะวินิจฉัยโรคนี้ได้หลังจากการแตกของไส้ติ่งแล้ว ในเด็กเล็กและผู้สูงอายุพบว่าจะอาจเกิดปัญหารุนแรงถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคล่าช้าเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ

1. การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยลักษณะทางคลินิก (clinical manifestation) คืออาการและการตรวจพบเป็นหลัก ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการสืบค้นทางรังสีวิทยา (radiologic investigation) หรือการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ มีความจำเป็นน้อย มีประโยชน์เฉพาะในผู้ป่วยบางรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่ชัดเจนเท่านั้น

1.1 อาการ

- 1.1.1 อาการปวดท้อง เป็นอาการที่สำคัญที่สุด ตอนแรกมักจะปวดรอบๆ สะดือ หรือบอกลบไม่ได้แน่ชัดว่าปวดที่บริเวณใดแต่ระยะต่อมาอาการปวดจะชัดเจนที่ท้องน้อยด้านขวา

(right lower quadrant-RLQ)

- 1.1.2 อาการอื่นๆ ที่อาจพบร่วมด้วยคือ

- คลื่นไส้ อาเจียน อาการนี้พบได้ในผู้ป่วยเกือบทุกราย
 - ไข้ มักจะเกิดหลังจากเริ่มอาการปวดท้องแล้วระยะหนึ่ง
 - เบื่ออาหาร
 - ท้องเสีย พบอาการในผู้ป่วยบางราย มักจะเกิดหลังจากไส้ติ่งแตกทะลุ หรืออธิบายได้จากไส้ติ่งอักเสบที่อยู่ตำแหน่งใกล้กับลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid หรือ rectum
- 1.1.3 ในเด็กที่มีไส้ติ่งแตกทะลุอาจมาด้วยอาการของลำไส้อุดตันได้

1.2 การตรวจร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรค

1.2.1 การกดเจ็บเฉพาะที่ (local tenderness) เกือบทั้งหมดจะมี maximal tenderness ที่ RLQ และอาจมี guarding และ rebound tenderness ด้วย ในผู้ป่วยไส้ติ่งแตกทะลุ tenderness และ guarding มักตรวจพบบริเวณกว้างขึ้นหรือพบทั่วบริเวณท้องน้อยส่วนล่างทั้ง 2 ข้าง จากการมี pelvic peritonitis ในรายที่เป็นก้อนไส้ติ่งอักเสบ (appendiceal mass) จาก phlegmon หรือ abscess มักคลำได้ก้อนที่ RLQ

1.2.2 การตรวจทางทวารหนัก (rectal examination) นับว่าเป็นประโยชน์มาก จะพบว่ากดเจ็บที่ด้านขวาของ cul-de-sac แต่ไม่นิยมทำในเด็กเล็กเพราะแปลผลได้ลำบาก ในเด็กผู้หญิงอาจมีประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรคจาก twisted ovarian cyst เพราะอาจคลำได้ก้อน ส่วนในรายที่สงสัยว่าอาจเกิดจาก pelvic inflammatory disease นอกจากจะได้ประวัติการมีเพศสัมพันธ์แล้วการตรวจภายใน (per vagina examination - PV) จะให้ประโยชน์มาก

1.2.3 การตรวจอื่นๆ อาจให้ผลบวกในการตรวจ เช่น

- Rovsing sign
- Obturator sign
- Psoas sign

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่ค่อยมีความสำคัญมากนักในผู้ป่วยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะเมื่อการตรวจร่างกายสามารถให้การวินิจฉัยได้อยู่แล้ว แต่จะให้เป็นพื้นฐานเพื่อการดูแลระหว่างการรักษาต่อไป ได้แก่

1.3.1 complete blood count มักพบว่า เม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติและมี shift to the left

1.3.2 การตรวจปัสสาวะ ไม่ค่อยมีประโยชน์มากนักในการวินิจฉัยแยกโรค แต่ช่วยแยกโรคอื่น เช่น มีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะอาจต้องนึกถึงนิ่วในท่อไต

1.4 การตรวจพิเศษ ในรายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ชัดเจนว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน การตรวจพิเศษเพิ่มเติมก็ไม่มีความจำเป็น แต่ในรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่ชัดเจนนั้น การตรวจพิเศษอาจมีประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรค เช่น

1.4.1 การถ่ายภาพรังสีของช่องท้อง อาจพบเงาของ fecalith หรือ localized ileus ที่ RLQ

1.4.2 การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography) ของช่องท้อง หรือ barium enema ไม่มี ความจำเป็นในผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่อาจช่วยในการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัยโรค

2. การรักษา

2.1 ในรายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ว่าน่าจะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ แนะนำให้การรักษาด้วยการ ผ่าตัดโดยด่วนหลังจากการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมและเหมาะสมต่อการให้ยาสลบและการผ่าตัด

2.2 ในรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่ชัดเจนว่าจะน่าจะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ แต่มีสิ่งที่ทำให้สงสัยว่าน่าจะเป็นโรคนี้ ควรรับตัวไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล เพื่อติดตามประเมินลักษณะทางคลินิกต่อเป็นระยะๆ โดยงดน้ำและอาหาร และไม่ให้อาบน้ำหรืออาบน้ำ เมื่อลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ชัดเจนขึ้นว่าน่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน จะได้นำผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดรักษาอย่างทันที่

2.3 ในรายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ไม่แตกทะลุ ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังผ่าตัด แต่แพทย์ผู้ดูแลอาจพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดก็ได้ เมื่อผ่าตัดพบว่าไส้ติ่งอักเสบไม่แตกทะลุ ก็ไม่จำเป็นต้องให้ยาต่อ

2.4 ในรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่สามารถแยกได้ว่าไส้ติ่งแตกทะลุชัดเจน นิยมให้ยาปฏิชีวนะ โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ถ้าผ่าตัดแล้วพบว่าไส้ติ่งไม่แตกทะลุ ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะต่อหลังผ่าตัด แต่ถ้าพบว่าไส้ติ่งแตกทะลุก็ให้ยาปฏิชีวนะต่อ

2.5 ในรายที่การตรวจร่างกายบ่งชี้ว่ามี peritonitis ซึ่งเกิดจากการแตกของไส้ติ่งอักเสบ ในเด็กมักมีลักษณะ generalized peritonitis ส่วนผู้ใหญ่จะเป็น pelvic peritonitis ก่อนนำผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดควรใช้วิธีการรักษาแบบประคับประคองให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมในการให้ยาสลบและการผ่าตัด เช่นการให้ intravenous fluid ที่เหมาะสมให้เพียงพอซึ่งอาจใช้เวลาหลายชั่วโมง ดูว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะออกดีแล้ว ให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมให้ยาลดไข้หรือเซ็ดตัวให้อุณหภูมิร่างกายลดลงถ้ามีไข้สูง ถ้าท้องอืดมากควรใส่ nasogastric tube ต่อ suction อาจใช้เวลาในการเตรียมผู้ป่วย 3-4 ชั่วโมงก่อนนำผู้ป่วยไปผ่าตัด

2.6 กรณีที่ไส้ติ่งแตกทะลุระหว่างการผ่าตัด หรือไส้ติ่งไม่แตกทะลุ แต่รุนแรงถึงขั้น gangrenous appendicitis แนะนำให้ยาปฏิชีวนะระหว่างการผ่าตัด และต่อเนื่อง 1-3 วันแล้วแต่พยาธิสภาพ

2.7 ในรายที่มีอาการมาหลายวันและการตรวจร่างกายพบว่ามีย้อนที่ RLQ ที่บ่งชี้ว่าน่าจะเป็น appendiceal phlegmon หรือ abscess ควรจะรักษาโดยวิธีประคับประคองโดยให้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ครอบคลุมกว้างขวาง ถ้าผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการรักษา เช่น อาการปวดท้องดีขึ้น ก้อนเล็กลง ให้รักษาต่อโดยวิธีประคับประคอง และนำผู้ป่วยไปทำ elective appendectomy หลังจากนั้น 6 สัปดาห์ - 3 เดือน แต่ถ้าการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองที่ดีอาจจำเป็นต้องผ่าตัดเลย ถ้าพยาธิสภาพรุนแรงมาก อาจทำเพียงระบายหนอง แต่ถ้าพยาธิสภาพไม่รุนแรง และสามารถตัดไส้ติ่งออกได้เลย ก็แนะนำให้ทำ

CPG-S code : 4P98

Correspondence

นพ.สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ

นพ.ทวีสิน ต้นประยูร

ฝ่ายวิชาการ รวสท.

แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรมนี้ จัดทำขึ้นโดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ แต่ละสาขาได้ร่วมกันให้ความคิดเห็น ร่าง แก้ไข สรุป และจัดทำเป็นเอกสาร โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ศัลยแพทย์ และแพทย์ทั่วไปได้ใช้เป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านศัลยกรรมที่พบบ่อยและ หรือ มีความสำคัญ กับเป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้ทันต่อยุคสมัย เพื่อให้การรักษามีมาตรฐานจัดทำขึ้นในลักษณะของ **managed care guideline** มิใช่ตำราและห้ามนำไปใช้อ้างอิงในทางอื่น โดยมีได้รับอนุญาตจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

