

4-1-1978

ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน: ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของไส้ติ่งและความยากง่ายของการผ่าตัด

ชาลวาทย์ ตันต์ชัยวัฒน์

เพชร นิวัตวงศ์

สุนทร ตรีสรานุวัฒนา

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

ตันต์ชัยวัฒน์, ชาลวาทย์; นิวัตวงศ์, เพชร; and ตรีสรานุวัฒนา, สุนทร (1978) "ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน: ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของไส้ติ่งและความยากง่ายของการผ่าตัด," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 22: Iss. 2, Article 6.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol22/iss2/6>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

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

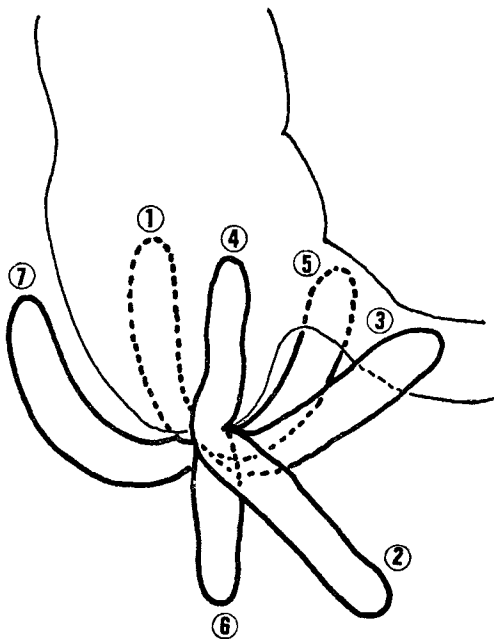
ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการวิเคราะห์มีทั้งหมด 380 ราย อายุตั้งแต่ 15 ปี ถึง 68 ปี (เฉลี่ย 25.8 ปี) พบว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบแตกแล้ว 38 ราย (10%) มีผู้ป่วยตายหนึ่งราย (อัตราการตาย 0.2%) จากการแพ้ยาลดเข้าเส้นหลัง

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 retrocecal 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