

Chulalongkorn Medical Journal

Volume 21
Issue 1 January 1977

Article 4

1-1-1977

วิเคราะห์โรคไส้ติ่งอักเสบในเด็ก

พิทยา จันทรภมม

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



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

Recommended Citation

จันทรภมม, พิทยา (1977) "วิเคราะห์โรคไส้ติ่งอักเสบในเด็ก," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 21: Iss. 1, Article 4.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.21.1.3

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol21/iss1/4>

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.

วิเคราะห์โรคไส้ติ่งอักเสบในเด็ก

พิทยา จันทรมล*

วิเคราะห์โรคไส้ติ่งอักเสบในเด็ก 1045 ราย จากหน่วยกุมารศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่าง พ.ศ. 2508—2518 ตามปฏิบัติการเกี่ยวกับ เพศ อายุ ลักษณะอาการ อาการแสดง สิ่งตรวจพบจากการตรวจร่างกายและห้องปฏิบัติการตลอดจนผลการรักษา พบว่าอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลันเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญในการวินิจฉัยโรคมามากที่สุด ส่วนสิ่งที่ตรวจพบอย่างอื่นเป็นเพียงข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการดูแลรักษาที่ถูกต้องในโรคไส้ติ่งอักเสบอย่างเฉียบพลัน ระยะแรกจะสามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลงได้มาก

ไส้ติ่งอักเสบในเด็กเป็นโรคที่พบบ่อย คือพบมากกว่าร้อยละ 50 ของเด็กที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง³⁴ หรือประมาณร้อยละ 20 ของเด็กที่รับไว้รักษาในหน่วยกุมารศัลยศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย การผ่าตัดไส้ติ่งเป็นการผ่าตัดฉุกเฉินที่ทำบ่อยที่สุดในหน่วยกุมารศัลยศาสตร์ โรคนี้ในเด็กมีอันตรายมากกว่าในผู้ใหญ่ และเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าการผ่าตัดไส้ติ่งช่วยลดอัตราการตายของโรคจากร้อยละ 50³⁰ เมื่อต้นศตวรรษนี้ลงมาจนถึงในปัจจุบันนี้พบน้อยกว่าร้อยละ 1 ทั้งนี้เนื่องจากวิวัฒนาการของสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับศัลยศาสตร์ เช่น วิสัญญีวิทยา ความรู้ทางสรีรวิทยาเกี่ยวกับน้ำและสารเกลือแร่ในร่างกายเป็นต้น ตลอดจนการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัสดุและวิธีการ

ข้อมูลในการศึกษาวิเคราะห์ได้จากการเก็บข้อมูลการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย เมื่อเด็กออกจากโรงพยาบาลของผู้รายงานเอง รายงานจากหน่วยผู้ป่วยนอกและแผนกพยาธิวิทยา ตลอดจนรายงานผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2508 ถึง 31 ธันวาคม 2518 เป็นระยะเวลา 11 ปีรวม 1045 ราย จำแนกได้เป็น

1. ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดา 657 ราย (ร้อยละ 62.9)
2. ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุ 248 ราย (ร้อยละ 23.7)
3. ก้อนหนองไส้ติ่ง 102 ราย (ร้อยละ 9.8)
4. ไส้ติ่งอักเสบเรื้อรัง 38 ราย (ร้อยละ 3.6)

*หน่วยกุมารศัลยศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ซึ่ง 9 รายพบมีการอดตันของลำไส้เล็กส่วนปลายร่วมด้วย

ผลการวิเคราะห์

อุบัติการณ์โรคไส้ติ่งอักเสบในเด็กจากหน่วยกุมารศัลยศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพิ่มจากปีละ 79 รายในปี พ.ศ. 2508 เป็น 109 รายในปี พ.ศ. 2518 (ตารางที่ 1) มีการแตกทะลุทั้งหมด

248 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.7 ของโรคไส้ติ่งอักเสบในเด็กทั้งหมด หรือร้อยละ 27.4 ของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน หากพิจารณาเปรียบเทียบอุบัติการณ์ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุในปี พ.ศ. 2508 กับปี พ.ศ. 2518 เกือบไม่แตกต่างกันเลย

อุบัติการณ์พบในเด็กชาย 651 ราย และเด็กหญิง 361 ราย หรือคิดเป็นอัตราส่วน 1.8 : 1 อายุน้อยที่สุดที่พบคือ 6 วัน และเป็นรายเดียวที่พบใน ระยะเด็กแรกคลอดมีการแตกทะลุและการ

ตารางที่ 1 แสดงอุบัติการณ์โรคไส้ติ่งอักเสบ

พ.ศ.	ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดา (ราย)	ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุ (ราย)	ก้อนหนองไส้ติ่ง (ราย)	ไส้ติ่งอักเสบเรื้อรัง (ราย)
2508	46	19	5	10
2508 - 2512	280	111	44	20
2513 - 2517	307	110	48	16
2518	70	27	10	2
รวม	667	248	102	38

ตารางที่ 2 แสดงอุบัติการณ์โรคไส้ติ่งอักเสบกับอายุเด็ก

อายุ / ชนิด	ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดา	ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุ	ก้อนหนองไส้ติ่ง	ไส้ติ่งอักเสบเรื้อรัง
แรกคลอด-1 เดือน	—	1	—	—
1 เดือน - 2 ปี	1	2	—	1
3 - 5 ปี	21	16	6	—
6 - 8 ปี	96	40	12	3
9 - 10 ปี	116	38	22	7
11 - 12 ปี	140	67	30	13
13 - 14 ปี	233	84	72	14
รวม	657	248	102	38

ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลาที่เริ่มเกิดอาการก่อนมาโรงพยาบาล

ระยะเวลา (ชั่วโมง) \ ชนิด	ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน	ไส้ติ่งแตกทะลุ	ก้อนหนองไส้ติ่ง
< 12	69	12	—
> 12 — 48	408	69	4
> 48 — 72	47	70	5
> 72	—	78	84
รวม	524	229	93
เฉลี่ย	26.35 ชม.	67.52 ชม.	106.71 ชม.

อักเสบของลำไส้เล็กส่วนปลายอย่างรุนแรงด้วยแต่ก็หายเป็นปกติหลังจากทำการผ่าตัดไส้ติ่งแล้ว 4 รายพบในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุจาก 43 ราย เป็น 363 รายในช่วงอายุ 13-14 ปี (ตารางที่ 2) ในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี พบการแตกทะลุมากกว่าในเด็กอายุมากขึ้นคือพบร้อยละ 39.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 23 ในเด็กอายุมากกว่า 6 ปี

ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการก่อนมาโรงพยาบาล (ตารางที่ 3) ถ้าเป็นชนิดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมชาติร้อยละ 91 เริ่มมีอาการไม่เกิน 48 ชั่วโมง ตรงข้ามกับชนิดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุร้อยละ 64.6 มีอาการนานกว่า 48 ชั่วโมง และชนิดก้อนหนองไส้ติ่งร้อยละ 89.4 มีอาการนานกว่า 72 ชั่วโมง

อาการ อาการแสดงและสิ่งตรวจพบ (ตารางที่ 4) อาการปวดท้องเป็นอาการนำที่สำคัญพบถึง

ร้อยละ 99.7 มีเพียง 2 รายเท่านั้นที่มีอาการนำด้วย อาการปวดบัสสภาวะและบัสสภาวะไม่ค่อยออก สิ่งตรวจพบที่สำคัญและพบถึงร้อยละ 98 คือกดเจ็บมากที่สุดบริเวณช่องท้องด้านล่างข้างขวา สำหรับอาการแสดงและสิ่งตรวจพบอื่น ๆ ที่พบน้อยลงไปตามลำดับคือ ไข้ร้อยละ 76.6 คลื่นไส้ อาเจียน และเจ็บมากเมื่อยกมือที่กดบริเวณช่องท้องด้านล่างข้างขวาขึ้นพบร้อยละ 70 สำหรับการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือให้ผลบวกคือเจ็บมากทางด้านขวาพบเพียงร้อยละ 47 การตรวจโดยการกดหน้าท้องด้านล่างข้างซ้ายแล้วรู้สึกเจ็บบริเวณช่องท้องด้านล่างข้างขวา (Rovsing's Sign) ให้ผลบวกเพียงร้อยละ 22 อาการท้องผูกพบร้อยละ 8.7 และท้องเดินพบได้เพียงร้อยละ 6 เท่านั้น

สำหรับตำแหน่งเริ่มมีอาการปวดท้อง (ตารางที่ 5) ปรากฏเริ่มปวดบริเวณช่องท้องด้านล่างข้างขวา พบบ่อยที่สุดร้อยละ 44 บริเวณรอบสะดือ

ตารางที่ 4 แสดงอาการและสิ่งตรวจพบจากการตรวจร่างกาย

	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปวดท้อง	756	99.7
กดเจ็บมากที่สุดบริเวณช่องท้องด้านข้างขวา	743	98
ไข้	619	76.6
เจ็บมากเมื่อกดมือขึ้น (Rebound tenderness)	531	70
คลื่นไส้ อาเจียน	530	70
การตรวจคว่ำหน้ามือทางทวารหนักให้ผลบวก	358	47
Rovsing's sign ให้ผลบวก	167	22
ท้องผูก	66	8.7
ท้องเค้น	55	6
ปวดขณะปัสสาวะ	2	0.26

ตารางที่ 5 แสดงตำแหน่งที่เริ่มมีอาการปวดท้อง

	จำนวน	ร้อยละ
ช่องท้องด้านข้างขวา	336	44
รอบ ๆ สะดือ	225	29.4
ปวดทั่วท้อง	130	17
บริเวณลิ้นปี่	46	6
ช่องท้องด้านข้างซ้าย	17	2.2
บริเวณชายโครงขวา	7	0.9
บริเวณท้องน้อย	2	0.26
เหนือหัวเหน่า	2	0.26

พบเพียงร้อยละ 29.4 ส่วนปวดทั่วๆ ท้องพบร้อยละ 17 และปวดบริเวณลิ้นปี่ร้อยละ 6 นอกจากนั้นพบน้อยลงตามลำดับ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 6) มากกว่า 10,000 เซลล์/มล. พบร้อยละ 88 ในไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดาแต่พบร้อยละ 87.7 ในไส้ติ่งอักเสบ

เฉียบพลันแตกทะลุ และร้อยละ 88.5 ในก้อนหนองไส้ติ่ง พบมากกว่า 20,000 เซลล์/มล. ร้อยละ 22, 35.3 และ 35.9 ในไส้ติ่งอักเสบชนิดดังกล่าวตามลำดับ 84 รายใน 697 รายหรือเท่ากับร้อยละ 12.1 ไม่พบจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันการวินิจฉัย 452 ราย (ร้อยละ 59.6) (ตารางที่ 7) ซึ่ง

ตารางที่ 6 แสดงการเปลี่ยนแปลงจำนวนเม็กเลอขาว

จำนวนเม็กเลอขาว/มล.	ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน		ไส้ติ่งแตกทะลุ		ก่อนหนองไส้ติ่ง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
< 5,000	7		1		—	
5,000 — 999	47		20		9	
10,000 — 11,999	57		11		5	
12,000 — 14,999	81		30		11	
15,000 — 19,999	57		22		10	
18,000 — 19,999	57		22		10	
20,000 — 24,999	65		32		13	
25,000 — 3,0000	29		16		8	
> 30,000	5		12		7	
รวม	449		170		78	

พบมีรายงานการรอดค้นเพียง 89 รายจาก 758 ราย (ร้อยละ 11.7) พบก้อนอุจจาระมากที่สุด 69 ราย พยาธิไส้เดือนตัวกลมมอดค้น 9 ราย และพยาธิเส้นด้าย 11 ราย ไม่ปรากฏพบวัสดุแปลกปลอมอื่นเลย

รายงานผลการเพาะเชื้อจากหนองในช่องท้อง 47 ราย พบเชื้อ E. Coli มากที่สุด 33 ราย ในจำนวนนี้ 5 ราย พบร่วมกับเชื้ออื่นด้วย นอกจากนั้นพบ Proteus 3 ราย Staph. aureus 2 ราย Klebsiella, Pseudomonas, Micrococcus pyogenes, Staph. fecalis และ Aerobaetor อย่างละ 1 ราย เพาะเชื้อไม่ขึ้น 9 ราย

จากรายงานผ่าตัดพบตำแหน่งไส้ติ่งดังนี้ (ตารางที่ 8) คือพบอยู่หลังลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมากที่สุด ร้อยละ 67.2 รองลงมาคือปลายไส้ติ่งขึ้นไป

ตารางที่ 7 แสดงรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

ชนิด	จำนวน (ราย)
Acute appendicitis	375
Acute purulent or suppurative appendicitis	38
Acute necrotizing appendicitis	28
Acute gangrenous appendicitis	7
Early appendicitis	4

ตารางที่ 8 แสดงชนิดไส้ติ่งตามตำแหน่งที่ตรวจพบระหว่างการผ่าตัด

ชนิดไส้ติ่ง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Retrocecal	329	67.2
Pelvic	77	15.9
Paracolic	26	5.3
Antececal	25	5.2
Ileal	25	5.2
Hepatic	3	0.6
Retroperitoneal	2	0.4
Splenic	1	0.2

ตารางที่ 9 แสดงระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลา (วัน)	ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (ราย)	ไส้ติ่งแตกทะลุ (ราย)	ก่อนหนองไส้ติ่ง	
			รักษาโดยการผ่าตัด (ราย)	รักษาโดยไม่ทำการผ่าตัด (ราย)
3-5	200	8	—	5
6-7	297	55	4	11
8-10	103	70	8	26
11-15	20	55	10	4
> 15	25	58	18	2
รวม	645	246	40	51
เฉลี่ย	6.85 วัน	11.77 วัน	14.7 วัน	8.42 วัน

ในอุ้งเชิงกรานร้อยละ 15.9 ส่วนไส้ติ่งที่อยู่ไปทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่ส่วนต้นหรืออยู่ข้างหน้าลำไส้ใหญ่ส่วนต้นหรือทอดไปตามลำไส้เล็กส่วนปลายพบได้เกือบเท่ากันคือร้อยละ 5.2 สำหรับแบบอื่นๆ พบน้อยมาก

เด็กที่ได้รับการผ่าตัดโดยวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบ แต่ปรากฏว่าไม่เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ จากรายงานผ่าตัดหรือผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบ 90 ราย ซึ่งมีพยาธิสภาพเป็นกาวอักเสบของต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องมากที่สุด 31 ราย การอักเสบของเยื่อช่องท้องโดยไม่ปรากฏสาเหตุภายในช่องท้อง 14 ราย ไขว้รากสาตน้อย 6 ราย และมีการอักเสบของ Meckel's diverticulum 5 ราย นอกจากนั้นก็พบจากการบิดขั้วของเนื้องอกรังไข่ การแตกของ Graafian follicle และมีอาการปวดท้องจากการมีระดูครั้งแรกอย่างละ 1 ราย

อนึ่งพบมีเลือดออกในช่องท้องโดยไม่ได้รับภัยอันตราย 2 ราย เกิดจากมะเร็งของต่อมหมวกไต และ hemangioma อย่างละ 1 ราย ส่วนที่เหลือไม่อาจให้การวินิจฉัยสาเหตุของอาการปวดท้องได้แน่ชัด ความผิดพลาดในการวินิจฉัยอีกประการหนึ่ง คือแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัยในระยะแรก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการลุกลามของโรคมากขึ้น เช่นแตกทะลุหรือเป็นก้อนหนอง เป็นต้น

ระยะเวลาที่ใช้ดูแลรักษาอยู่โรงพยาบาล (ตารางที่ 9) จะเห็นว่าเด็กเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดา เดิมใช้เวลาเฉลี่ย 7-10 วัน แต่ในระยะหลังใช้เวลาเฉลี่ย 3-5 วัน อย่างไรก็ตามในรายไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุมีจำนวนถึงร้อยละ 45.9 ที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลมากกว่า 10 วัน และในจำนวนนี้ร้อยละ 23.6

	ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดา (657 ราย)		ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุ (248 ราย)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อัตราการตาย	0	—	5	2.26
ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด				
แผลอักเสบติดเชื้อ	28	4.26	68	27.4
ก้อนหนองในช่องท้อง	1	0.15	17	6.85
พังผืดหลังผ่าตัด	5	0.76	6	2.4

มากกว่า 15 วัน ซึ่งตรงข้ามกับไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดาที่มีเพียงร้อยละ 6.8 เท่านั้นที่อยู่ในโรงพยาบาลมากกว่า 10 วัน เนื่องจากในรายมีการแตกทะลุเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า สำหรับในรายเป็นก้อนหนองไส้ติ่ง แสดงความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดในระหว่างพวกที่รักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อเอาหนองออกกับพวกที่รักษาด้วยการไม่ผ่าตัด คือพวกที่รักษาด้วยการผ่าตัดเด็กต้องอยู่โรงพยาบาลมากกว่า 10 วัน มีจำนวนถึง 28 รายใน 40 ราย แต่พวกที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีเพียง 6 ราย จาก 51 ราย ใช้เวลานานกว่า 10 วัน

ผลการรักษา (ตารางที่ 10) ไม่ปรากฏอัตราการตายในเด็กที่เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดา 657 ราย แต่ในไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุ 248 ราย ถึงแก่กรรม 5 ราย (ร้อยละ 2.26) เป็นเด็กหญิงทั้ง 5 ราย อายุน้อยที่สุด คือ 7 ปี 1 ราย 11 ปี 2 ราย 13 ปีและ 14 ปี อย่างละ 1 ราย ทุกรายมีไข้สูงมาก มีอาการแสดงของโลหิตเป็นพิษ และช็อค สำหรับก้อน

หนองไส้ติ่งและไส้ติ่งเรื้อรังก็ไม่ปรากฏว่ามีเด็กถึงแก่กรรม คิดเป็นอัตราการตายทั้งหมดของโรคไส้ติ่งอักเสบร้อยละ 0.48

สำหรับภาวะแทรกซ้อนก็เห็นได้ชัดว่า พบในรายไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุพบมากกว่าไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดา เช่น แผลอักเสบติดเชื้อพบร้อยละ 27.4 เปรียบเทียบกับร้อยละ 4.26 หนองค้างในช่องท้องพบร้อยละ 6.85 เปรียบเทียบกับร้อยละ 0.15 และชนิดพังผืดหลังผ่าตัดทำให้มีอาการแสดงของลำไส้อุดตันต้องทำการผ่าตัดใหม่ถึงร้อยละ 2.4 เปรียบเทียบกับร้อยละ 0.76

ยาปฏิชีวนะสองกลุ่มใหญ่ที่นิยมใช้คือ ampicillin กับ penicillin ร่วมกับ streptomycin หรือ kanamycin ซึ่งใช้ในเด็กไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน 119 และ 290 ราย ตามลำดับ พบแผลติดเชื้อและ/หรือเป็นหนองในช่องท้อง 9 ใน 119 รายหรือร้อยละ 7.5 กับ 10 ใน 290 ราย หรือร้อยละ 3.4 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ 155 ราย พบติดเชื้อหลังผ่าตัดเพียง 6 รายหรือ

ตารางที่ 11 ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคไส้ติ่ง
อักเสบหลังการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)
แผลติดเชื้อ	101
มีหนองค้างในช่องท้อง	20
พังผืดหลังผ่าตัด	25
โลหิตเป็นพิษ	5*
ไส้ติ่งหลังผ่าตัด	3
ปอดอักเสบ	2
อาการท้องเกิน	2
แผลผ่าตัดแยก	1
อาการท้องผูก	1
Disseminated intravascular clotting	1
Fistula	1

*ถึงแก่กรรมทั้ง 5 ราย

ร้อยละ 3.87 สำหรับไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตก
ทะลุพบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อร้อยละ
29.4 และ 27.14 ตามลำดับ นอกจากนี้ก็เกิด
ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคได้ (ตารางที่ 11)
การรักษาอีกอันหนึ่งของไส้ติ่ง แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม
กลุ่มแรก 40 ราย รักษาด้วยการผ่าตัด กลุ่มที่สอง
51 ราย รักษาโดยไม่ทำการผ่าตัด ปรากฏว่า
กลุ่มที่รักษาด้วยการผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนจาก
แผลติดเชื้อและมีก้อนหนองเหลือค้างในช่องท้อง
ต้องอยู่โรงพยาบาลมากกว่า 15 วัน ถึง 18 ราย
ใน 40 ราย แต่ถ้าให้การรักษาโดยไม่ทำการผ่า
ตัดต้องอยู่โรงพยาบาลมากกว่า 15 วัน เพียง 2
รายใน 51 ราย^{1-4, 9-13, 15, 17-19, 22, 24-26, 29, 32}

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์โรคไส้ติ่งอักเสบ จะปรากฏ
เด่นชัดว่าผลการรักษานิติไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน
แตกทะลุ มีอัตราตายร้อยละ 2.26 ภาวะแทรก
ซ้อนพบได้บ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการติดเชื้อ
หลังการผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบชนิดไส้ติ่งอักเสบ
เฉียบพลันธรรมดาซึ่งไม่มีแตกถึงแก่กรรมเลย
และภาวะแทรกซ้อนก็พบได้น้อยกว่ามาตรงกับ
รายงานอื่น ๆ

แม้ว่าอัตราตายของโรคไส้ติ่งอักเสบในเด็กจะ
พบเพียงร้อยละ 0.48 ก็ตาม แต่ถ้าได้รับการ
วินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรก ก็
สามารถลดทั้งอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
ให้น้อยลงได้อีก อย่างไรก็ตามในเด็กยังอายุน้อย
อุปการณพบน้อยลงตามลำดับ แต่การวินิจฉัยยาก
กว่าเด็กอายุมาก เนื่องจากความลำบากในการซัก
ประวัติ เด็กเกิดความกลัวทำให้การตรวจร่างกาย
ไม่ได้ข้อมูลที่แน่นอน แพทย์จึงมักนึกถึงโรคอื่น
ที่ทำให้เกิดอาการปวดท้องและพบบ่อยกว่า การ
วินิจฉัยโรคผิดในระยะแรกเป็นสาเหตุทำให้อัตรา
การเกิดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุสูงในเด็ก
อายุน้อย ซึ่งจากรายงานนี้พบร้อยละ 39.6 ใน
เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี แต่ในเด็กอายุมากกว่า 6 ปี
พบเพียงร้อยละ 23 แต่บางรายงานอาจพบได้ถึง
ร้อยละ 75-100 ในเด็กอายุน้อยและร้อยละ 40-50
ของเด็กโรคไส้ติ่งอักเสบทั้งหมด²⁰ แพทย์จึงควร
สังวรณในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบในเด็กมาก
กว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากเกิดอันตรายมากกว่า

ผลการรักษาก่อนหนองไส้ติ่งแสดงความแตกต่างให้เห็นชัดเจนระหว่างการผ่าตัดกับการไม่ผ่าตัด คือ โดยการผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และมีก้อนหนองเหลืออยู่ในช่องท้อง ทำให้ต้องใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น จำนวน 28 ใน 40 รายใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 10 วัน และ 18 ใน 40 รายมากกว่า 15 วัน แต่เมื่อให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ น้ำเกลือ และไม่ทำการผ่าตัดมีเพียง 6 ใน 15 รายเท่านั้นที่ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 10 วัน ซึ่งมีผู้สนับสนุนการรักษาโดยไม่ผ่าตัดก้อนหนองไส้ติ่งทันที^{14,32,33} แต่แนะนำให้กลับมารับการผ่าตัดไส้ติ่งออก 2-3 เดือนต่อมา

ในรายไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุออกจากการตัดไส้ติ่งออก ยังนิยมใส่ท่ออย่างไว้เพื่อให้หนองมีทางไหลออกจากช่องท้อง แต่ปัจจุบันแนวความคิดเปลี่ยนไปโดยไม่ใส่ท่อสายยาง ซึ่งปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากแผลติดเชื้อและเป็นหนอง หรือมีหนองค้างในช่องท้อง ได้มีความพยายามหาวิธีการเพื่อลดอัตราการติดเชื้อหรือเป็นหนอง เช่น ใส่ผงดยาปฏิชีวนะก่อนปิดแผล ล้างภายในช่องท้องด้วยน้ำเกลือให้สะอาดมากที่สุด หรือเปิดแผลผิวนางไว้ 2-3 วัน จนกระทั่งเห็นลักษณะแผลสะอาดจึงเย็บปิดแผลผิวนาง³² (Delayed primary sutures) เหล่านี้เป็นต้น แต่ในรายงานนี้ไม่อาจประเมินผลได้เพราะจำนวนข้อมูลเปรียบเทียบยังไม่มากพอ

ยาปฏิชีวนะที่นิยมใช้ในการรักษาร่วมกับการผ่าตัดไส้ติ่งคือ เดิมใช้ penicillin ร่วมกับ streptomycin ต่อมาใช้ tetracycline และปัจจุบันนี้ใช้ ampicillin ซึ่งผลการรักษาปรากฏไม่พบข้อแตกต่างมากนัก ในชนิดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดาจะเห็นได้ว่าการให้หรือไม่ให้ยาปฏิชีวนะมิได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันเลย ผู้รายงานเห็นควรคงใช้ยาปฏิชีวนะในรายที่ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันธรรมดา ในรายไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดต่าง ๆ ก็ไม่ปรากฏว่าช่วยลดอัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเลย^{11,28,32} วิธีการผ่าตัดและความรุนแรงของโรคเองเป็นส่วนสำคัญในการเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แต่ทำให้ลดอัตราการตายลงไปมาก¹³

การวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในเด็ก ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญที่สุด คืออาการปวดท้องอย่างเฉียบพลัน อาจมีอาการปวดท้องเป็นพัก ๆ ในระยะแรกก็ได้ แต่ต่อมามีลักษณะคือตลอดเวลาและมากขึ้นทุกที เมื่อตรวจร่างกายพบว่ากดเจ็บมากที่สุดบริเวณช่องท้องด้านล่างข้างขวา และกดเจ็บลึก ๆ เท่านั้น อาการร่วมที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน และเป็นไข้ ซึ่งระยะแรกลักษณะเป็นไข้ต่ำ ๆ ในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในระยะเริ่มแรก ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมีความสำคัญในการวินิจฉัยมากที่สุด^{25,29,31} สำหรับข้อมูลอื่น ๆ มักพบเมื่อโรคมีการลุกลามมากขึ้น และมีอาการแสดงของ

เยื่อช่องท้องอักเสบเฉพาะที่แล้ว เช่น rebound tenderness, Rovising's sign ให้ผลบวกเป็นต้น ในรายไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุ มักมีอาการแสดงเจ็บทั่วท้องหรือบริเวณท้องน้อยขณะใช้มือกดแล้วแต่การคลำของโรค ใช้สูงมาก หนึ่งจำนวนเม็ดเลือดขาวที่เพิ่มมากขึ้นในโรคไส้ติ่งอักเสบ พบได้ร้อยละ 84-90 จากรายงานต่าง ๆ^{18,19,27} หรือร้อยละ 88 จากรายงานนี้ ผู้รายงานขอให้พิจารณาความสำคัญในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันให้ดี เพราะปัจจุบันนี้แพทย์ให้ความสำคัญกับจำนวนเม็ดเลือดขาวที่ตรวจพบมากเกินไป จนดูเหมือนว่าถ้าพบจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้นจึงจะให้การวินิจฉัยโรคได้ ซึ่งจากรายงานนี้ผลจากการผ่าตัดพบว่าร้อยละ 12 ที่เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ จำนวนเม็ดเลือดขาวไม่ได้เพิ่มมากขึ้น และร้อยละ 10 ที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้นไม่เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

ในเด็กที่มีอาการปวดท้องและสงสัยว่าจะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ แต่อาการและอาการแสดงไม่เด่นชัด ควรแนะนำให้อยู่โรงพยาบาลเพื่อติดตามดูการดำเนินของโรคอย่างใกล้ชิดต่อไป ข้อมูลที่อาจช่วยในการวินิจฉัยในรายที่สงสัยคือ การถ่ายภาพรังสีช่องท้อง⁵ ถ้าพบเงาที่บวมของก้อนอุจจาระก็เป็นสิ่งช่วยสนับสนุน นอกจากนั้นการตรวจพบระดับน้ำและลมในลำไส้บริเวณช่องท้องด้านข้างขวา ก็เป็นสิ่งช่วยสนับสนุนมากขึ้น

สาเหตุของไส้ติ่งอักเสบ ในรายงานนี้เกิดจากก้อนอุจจาระอุดตันเพียงร้อยละ 10.4 เท่านั้น ซึ่ง

น้อยกว่ารายงานอื่น⁸ แต่พบสาเหตุจากพยาธิไส้เดือนตัวกลมถึง 9 ราย² และมีพยาธิเส้นด้ายถึง 11 ราย เด็กอายุยังน้อยพบอุบัติการณ์เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบน้อยลงและพบน้อยที่สุดในเด็กแรกคลอดซึ่งมักมีสาเหตุจาก Hirschsprung's disease, Meconium plug หรือ Necrotizing enterocolitis^{15,21,23} มีผู้อธิบายว่า² น่าจะเกี่ยวกับลักษณะของไส้ติ่งในเด็กอายุน้อย ซึ่งส่วนโคนกว้างและเรียวไปที่ปลาย ทำให้โอกาสเกิดอุดตันได้น้อยกว่าเด็กอายุมากหรือผู้ใหญ่ ซึ่งส่วนโคนมีความกว้างใกล้เคียงกับส่วนปลาย อีกประการหนึ่งเกี่ยวกับลักษณะอาหารในเด็กอายุน้อยจะรับประทานอาหารเหลวหรืออ่อนเป็นส่วนมาก อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์โรคไส้ติ่งอักเสบในสังคมที่เจริญหรือประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ในประเทศยุโรป ตะวันตกและสหรัฐอเมริกา พบมากและบ่อยกว่าในประเทศที่พัฒนาหรือกำลังพัฒนา เช่น ทวีปเอเชียและแอฟริกาซึ่งมักพบโรคนี้ในเมืองที่มีการดำเนินชีวิตแบบตะวันตกมากกว่าในชนบท อุตติการไส้ติ่งอักเสบของชาวฮินดู ซึ่งรับประทานอาหารมังสวิรัต พบน้อยมาก Rendle Short ได้อนุมานว่าน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารคือปริมาณเซลล์ลูไลสน้อยลงหรืออาหารกากน้อยเนื่องจากความเจริญทางโภชนาการ ทำให้การทำงานของลำไส้เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะอาหารที่ย่อยแล้วมีกากน้อยร่วมกับมีปริมาณการบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้น⁶ ทำให้ความดันในลำไส้เพิ่มขึ้น อุจจาระคั่ง ปริมาณเชื้อเพิ่มขึ้นเยื่อภายในไส้ติ่ง

ถูกแรงดันกดทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ฉะนั้นหากจะป้องกันโรคไส้ติ่งอักเสบก็น่าที่จะหันกลับไปรับประทานอาหารตามธรรมชาติที่มีกากมากแทนอาหารที่บดละเอียด ย่อยง่าย กากน้อย หรืออาหารสังเคราะห์ตามแบบชาวตะวันตก

สรุป

ในระยะเวลา 11 ปี (พ.ศ. 2508-2518) ได้ศึกษาวิเคราะห์โรคไส้ติ่งอักเสบในเด็ก 1045 ราย จากหน่วยกุมารศัลยศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบเป็นชนิดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันน้อยที่สุดถึงร้อยละ 86.6 ในจำนวนนี้มีการแตกทะลุร้อยละ 27.4 พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 1.8 : 1 อายุน้อยที่สุดที่พบคือ 6 วันหลังคลอด อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่เด็กเล็กมีอุบัติการณ์แตกทะลุบ่อยกว่า ลักษณะอาการ อาการแสดงและสิ่งตรวจพบ คือเริ่มมีอาการปวดท้องและกดเจ็บมากที่สุดบริเวณช่องท้องด้านล่างข้างขวามากที่สุด คลื่นไส้อาเจียน มีไข้ พบรองลงมา มีเม็ดเลือดขาว มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 88 การอุดตันของไส้ติ่งพบเพียงร้อยละ 11.7 การวินิจฉัยผิดพลาดพบได้ร้อยละ 10 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดน้อยที่สุดคือแผลติดเชื้อ มีหนองเหลือค้างในช่องท้อง และเกิดลำไส้อุดตันจากพังผืดรั่วไส้ หลังผ่าตัดตามลำดับ ไม่ปรากฏว่ามีเด็กถึงแก่กรรมเลยสำหรับรายที่ไม่มีการแตกทะลุ แต่พวกที่มีการแตกทะลุ มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 2.26 แพทย์

จึงควรให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในระยะเริ่มแรก

เอกสารอ้างอิง

1. Bartlett RH, Eraklis AJ, Wilkinson RH : Appendicitis in infancy. Surg Gynecol Obstet 130: 99-104, 70
2. Blair GL, Gaisford WD : Acute appendicitis in children under six years. J Pediatr Surg 4: 445-51, 69
3. Boles ET, Ireton RJ, Clatworthy HW Jr : Acute appendicitis in children. Arch Surg 79: 447-54, 59
4. Brickman ID, Leon W : Acute appendicitis in childhood. Surgery 60: 1083-9, 66
5. Brooks DW, Killen DA : Roentgenographic findings in acute appendicitis. Surgery 57: 377-84, 65
6. Burditt DP : The aetiology of appendicitis. Br J Surg 58: 695-9, 71
7. Chang FC, Hogle HH, Welling DR : The fate of the negative appendix. Am J Surg 126: 752-4, 73
8. Donnellan WL, Swenson O : Appendicitis in pediatric surgery. 3rd ed. New York, Appleton-Century-Crofts 1969 p 829
9. Deaver JM : Acute appendicitis in children. Ann Surg 136: 243-9, 52
10. Egdaal RH : Current mortality in appendicitis. Am J Surg 107: 757-9, 64
11. Fock G, Gastrin U, Josephson S : Appendiceal peritonitis in children. Acta Chir Scand 135: 534-8, 69
12. Foster JH, Edwards WH : Acute appendicitis in infancy and childhood; a twenty year study in a general hospital. Ann Surg 146: 70-77, 57
13. Fowler R : Childhood mortality from acute appendicitis-the impact of antibiotics. Med J Aust 2: 1009-14, 71
14. Gastrin U, Josephson S : Appendiceal abscess-acute appendectomy or conservative treatment. Acta Chir Scand 135: 539-42, 69
15. Grosfeld JL, Weinberger M, Clatworthy HW Jr : Acute appendicitis in the first two years of life. J Pediatr Surg 8: 285-293, 73
16. Harris S, Rudolf LE : Mechanical small bowel obstruction due to acute appendicitis. Ann Surg 164: 157-61, 66

17. Howie JG : Death from appendicitis and appendectomy. *Lancet* 2 : 1334-7, 66
18. Lansden FT : Acute appendicitis in children. *Am J Surg* 106 : 938-42, 63
19. Lee PWR : The leucocyte count in acute appendicitis. *Br J Surg* 60 : 618, 73
20. Longino LA, Holder TM, Gross RE : Appendicitis in childhood. *Pediatrics* 22 : 238-46, 58
21. Martin LW, Perrin EV : Neonatal perforation of the appendix associated with Hirschsprung's disease. *Ann Surg* 166 : 799-802, 67
22. McLauthlin CH, Packard GB : Acute appendicitis in children. *Am J Surg* 101 : 619-25, 61
25. Parsons JM, Miscall BG, McSherry CK : Appendicitis in the newborn infant. *Surgery* 67 : 841-3, 70
24. Pledger HG, Buchan R : Deaths in children with acute appendicitis. *Br Med J* 4 : 466-70, 69
25. Rowe MI : Diagnosis and treatment; appendicitis in childhood. *Pediatrics* 38 : 1057-9, 66
26. Salzberg AM, White NK : Current mortality for appendicitis in infants and children. *Am J Surg* 115 : 651-2, 68
27. Sasso RD, Hanna EA, Moore DL : Leukocytic neutrophilic counts in acute appendicitis and antibiotics. *J Pediatr Surg* 120 : 563-566, 70
28. Shandling B, Ein SH, Simpson JS, et al : Perforating appendicitis and antibiotics. *J Pediatr Surg* 9 : 79-83, 74
29. Shaw EB : Appendicitis in childhood. *Pediatrics* 22 : 235-6, 58
30. Shepherd JA : Acute appendicitis (a historical survey). *Lancet* 2 : 299-302, 54
31. Smith PH : The diagnosis of appendicitis. *Postgrad Med J* 41 : 2-5, 65
32. Stone HH, Sanders SL, Martin JD : Perforated appendicitis in children. *Surgery* 69 : 673-9, 71
33. Thomas DR : Conservative management of the appendix mass. *Surgery* 73 : 677-80, 73
34. พิทยา จันทรมล : เด็กปวดท้องในรอบ 10 ปี (2508-2517) รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปี 2519 ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 18 พฤษภาคม 2519
35. พิทยา จันทรมล : ได้ตั้งอีกเสบเจ็บพลันจากพยาธิไส้เดือนตัวกลมออกัน รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปี 2517 ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พฤษภาคม 2517