

2-1-1986

CT. findings of the small bowel in early mesenteric artery occlusion

S. Kuptnirattisaikul

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



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

Recommended Citation

Kuptnirattisaikul, S. (1986) "CT. findings of the small bowel in early mesenteric artery occlusion," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 30: Iss. 2, Article 8.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol30/iss2/8>

This Case Report 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.

รายงานผู้ป่วย

ลักษณะภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยที่เป็น หลอดเลือดแดงมีเซนเทอรือุดตัน

สมชาย กุปต์นิรัตศิัยกุล*

Kuptnirattisaikul S. CT. findings of the small bowel in early mesenteric artery occlusion. Chula Med J 1986 Feb ; 30 (2) : 161-165

A CT Scan was made in a case of clinically diagnosed mesenteric artery occlusion. The Scan showed an aorta partly calcified and sclerotic. Round appearances of cross sectionally cut segments of small bowel with thick and edematous wall were demonstrated. Resection of gangrenous a small bowel segment with end to end anastomosis was performed. Pathological section showed ischemic necrosis of the small bowel.

* นิสิตแพทย์เวชปฏิบัติ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อัตราการตายจาก mesenteric vascular occlusion สูงมากถึงร้อยละ 56-85% เนื่องจากการวินิจฉัยระยะแรกยากมาก ผู้ป่วยจะมีการปวดท้องเหมือนโรคระบบทางเดินอาหารทั่ว ๆ ไป การตรวจร่างกายรวมทั้งการวินิจฉัยธรรมดาไม่ค่อยแสดงผลให้เห็นได้ชัดเจนนัก การจะให้การวินิจฉัยได้แน่นอนต้องใช้ angiography ทันทีที่เริ่มสงสัยซึ่งเป็นการตรวจที่ทำให้เจ็บปวดที่ย่างยากและต้องมีประสบการณ์มาก⁽¹⁾ จึงไม่มีใครมีใครทำกัน ต่อเมื่อเกิดผลแทรกซ้อนแล้ว อาทิเยื่อหุ้มท้องอักเสบ, septicemia ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ การวินิจฉัยจึงอาจได้จากการผ่าตัด หรือตรวจศพ ต่อไปนี้เป็นรายงานผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่ง CT Scan ช่วยชี้แนะให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของลำไส้เล็กนำไปสู่การผ่าตัด และวินิจฉัยได้เมื่อผ่าตัดแล้ว

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 54 ปี อยู่บางกะปิ กรุงเทพฯ

สาเหตุสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แน่นท้องและท้องอืดมา 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเริ่มปวดท้องและท้องอืด ปวดแบบบิด ๆ เป็นจังหวะ ๆ ทีละประมาณ 5 นาที กินยาลดกรด และยาขับลมแต่อาการไม่ดีขึ้น ยังคงปวดอยู่ตลอดเวลา และมากขึ้นเรื่อย ๆ ทนไม่ไหว จึงมาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 22 กพ. 28 เวลา 12.30 น.

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

เมื่อ 2 เดือนก่อนเคยมีอาการปวดคล้าย ๆ แบบนี้อยู่ 1 ชม. แล้วตาค่อย ๆ พร่า อยู่ประมาณ 2 ชม. ครึ่ง ก็เริ่มไม่รู้สีกตัว ญาติพาไปหาแพทย์ที่อนามัยได้ให้ยาลดกรด และให้หน้าเกลืออาการก็ดีขึ้น ไม่มี

ประวัติแพ้ยา ปฏิเสธโรคความดันโลหิตสูง, เบาหวาน และโรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่เคยผ่าตัด ไม่ได้ใช้ยาอะไรเป็นประจำ

ประวัติส่วนตัว

สูบบุหรี่วันละ 1 ซองมาประมาณ 20 ปี ต้มเหล้าบ้าง ไม่บ่อย

การตรวจร่างกายทั่วไป

Vital Sign. ความดันโลหิต 140/80 มม.ปรอท ชีพจร = 80 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ = 37.2 องศาเซลเซียส อัตราหายใจ = 22 ครั้ง/นาที

General appearance ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และให้ความร่วมมือดีในการตรวจร่างกาย

Heart & lung อยู่ในเกณฑ์ปกติ

Abdomen ท้องโป่ง และกดเจ็บทั่ว ๆ ไป ไม่มี rigidity ไม่มี guarding, เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

การวินิจฉัยขั้นต้น

คิดว่าเป็นการปวดท้องอย่างเฉียบพลัน ซึ่งไม่ทราบสาเหตุ

การดูแลรักษาเบื้องต้น

ได้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น และให้การักษาแบบประคับประคอง โดยใส่ Nasogastric tube และต่อเข้ากับเครื่อง intermittent suction

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC Hb = 14.1 กรัมเปอร์เซ็นต์, ค่า Hct = ร้อยละ 43, WBC = 11900 ตัวต่อลบมม. (ค่า Neutrophil = ร้อยละ 80, ค่า lymphocyte = ร้อยละ 18, ค่า Eosinophil = ร้อยละ 2)

Urine analysis ปกติ

Chest film ปกติ

Plain abdomen film ปกติ

EKG อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที และมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทางด้านล่าง ซึ่งเป็นของเดิมที่เกิดอยู่ก่อนหน้าแล้ว

Blood Chemistry

ค่าน้ำตาลในเลือด = 95 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์, ค่าของเสียไนโตรเจนในเลือด = 12 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โคลเลสเตอรอล = 232 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์, ไตรกลีเซอไรด์ = 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์, SGOT = 22 ยูนิต Serum amylase = 65 ยูนิต (ค่าปกติ = 50-160 ยูนิต) LDH = 94 ยูนิต (ค่าปกติ = 25-78 ยูนิต) สารเกลือแร่ในเลือด มีโซเดียม = 140 mEq/L, โพตัสเซียม = 3.4 mEq/L, คลอไรด์

= 103 mEq/L, ไบคาร์บอเนต = 23.5 mEq/L. ผลคลื่นเสียงความถี่สูงของถุงน้ำดีและตับ ปกติดี

หลังจากที่ได้ให้การรักษาเบื้องต้นแล้ว อาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น จึงได้ทำ CT Scan ของช่องท้อง เมื่อวันที่ 22 ก.พ. เวลา 22.00 น. 8 ชม. หลังรับไว้

การเปลี่ยนแปลงที่พบใน CT Scan

มีหินปูนที่ผนังหลอดเลือดแดง Aorta รูปตัดขวางของลำไส้มีรูปร่างกลม, ช่อง lumen แคบ ผนังหนาเห็นบริเวณสีดำเป็นวงในผนังซึ่งน่าจะเกิดจากการบวม (ตั้งรูป) เมื่ออาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจึงได้ทำการผ่าตัดเวลา 22.00 น. วันเดียวกัน

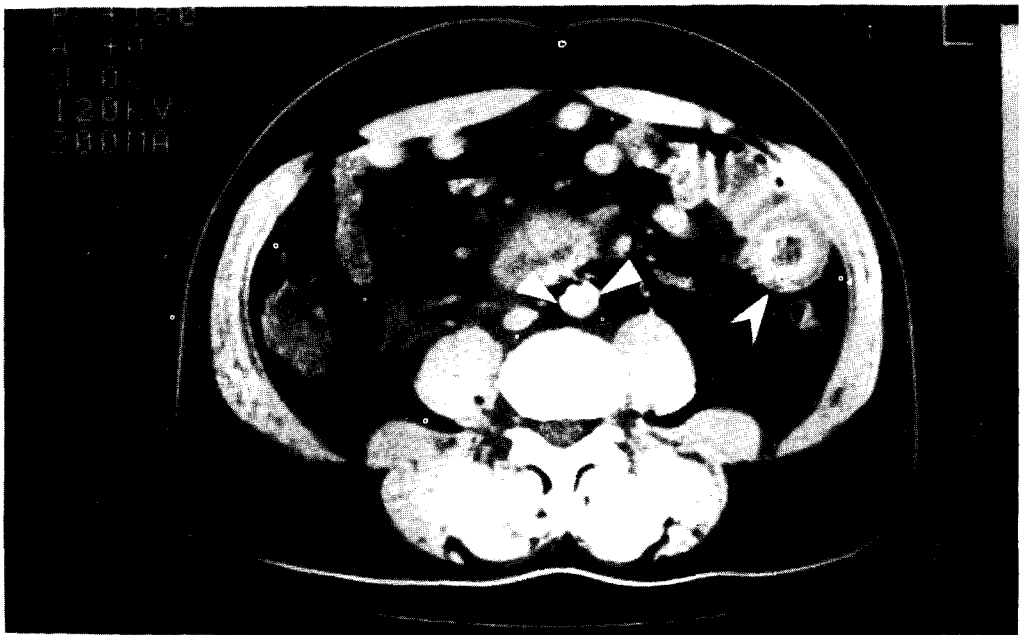


Figure CT Scan showed atherosclerotic plaque C calcification around the wall of abdominal aorta (arrow) and showed thick and edematous bowel wall due to gangrenous small bowel from ischemia (arrow head)

สิ่งที่พบในขณะที่ทำผ่าตัด

มีน้ำสีแดงคล้ำในช่องท้อง และส่วนของลำไส้เล็กเน่าตาย ยาวประมาณ 2 ฟุต ซึ่งห่างจาก ligament of Treitz ประมาณ $\frac{1}{2}$ ฟุต

การผ่าตัด

ได้ทำการผ่าตัดเอาส่วนลำไส้เล็กที่เน่าตายออก และเอาปลายของลำไส้ส่วนที่ดีที่เหลืออยู่ทั้ง 2 ข้างต่อเข้าด้วยกัน

หลังผ่าตัดผู้ป่วย ผู้ป่วยอาการดีขึ้นไม่มีอาการแทรกซ้อน และเป็นปกติใน 7 วันก็กลับบ้าน

วิจารณ์

ลักษณะภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของหลอดเลือดดำ mesentery ที่อุดตัน โดยเคยมีผู้รายงานไว้เมื่อปี ค.ศ. 1984 โดยผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วย 6 รายที่เป็นโรคนี้ และทำ CT Scan ในผู้ป่วยทุกรายจะพบ high density ที่ผนังของหลอดเลือดดำ mesentery ล้อมรอบ filling defect ตรงกลางหลังจากฉีดสีสารทึบแสง⁽²⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีผู้รายงานถึงลักษณะภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของหลอดเลือดแดง mesenteric ที่อุดตัน สำหรับรายงานนี้ได้เสนอลักษณะภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดแดง mesenteric อุดตัน 1 ราย

ผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการค่อนข้างแปลก คือมีอาการมาก แต่สิ่งตรวจพบไม่ชัดเจนยากแก่การตัดสินใจ ผลห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ไม่ผิดปกติมากนัก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติ เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ก็ยังมีอยู่และภาพรังสีธรรมดาของช่องท้องปกติ อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น เมื่อให้การรักษาเบื้องต้นแล้วจึงได้ทำ CT Scan ซึ่งเป็นการตรวจที่ไม่ทำให้เจ็บปวด พบว่ามีลักษณะผิดปกติที่ผนังของลำไส้เล็กบวมมาก ทำให้เชื่อว่าควรจะมีพยาธิจำเป็นแก่การผ่าตัดควรผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อสำรวจดู ซึ่งใช้เวลา 2-3 ชม. ในการตัดสินใจ เพราะการตรวจพบไม่ชัดเจน และอาการผู้ป่วยไม่ทุเลาลง

จากการผ่าตัดพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนเห็นได้ชัดที่ลำไส้เล็ก ซึ่งมีลักษณะผิดปกติบวมคล้ำ

เหมือนกับลำไส้ตายเน่า แต่ยังไม่แตก ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาซึ่งเป็น Ischemic necrosis ซึ่งเข้ากันได้กับการวินิจฉัยทางคลินิกกว่ามาจากการอุดตันของหลอดเลือดแดง mesentery สำหรับสาเหตุการอุดตันของหลอดเลือดแดง mesentery ในผู้ป่วยรายนี้เราไม่ทราบแน่ชัด แต่สาเหตุทั่ว ๆ ไปมักเกิดจาก arteriosclerosis ส่วนน้อยที่มีผลร่วมมาจากการแคบลงจาก aortic aneurysm หรือ thromboangiitis obliterans หรือ periarteritis nodosa การที่มีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายที่ออกจากหัวใจอย่างที่พบในภาวะหัวใจวายเฉียบพลันหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดนั้นพบได้เสมอ ๆ ว่าจะนำมาก่อนจะเกิดอาการ⁽³⁾ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้มีประวัติสูบบุหรี่อย่างหนักมาหลายปี ซึ่งการสูบบุหรี่ก็เป็นที่ยอมรับกันว่ามีส่วนช่วยทำให้เกิด arteriosclerosis

การที่นำผู้ป่วยรายนี้มารายงานก็เนื่องจากว่าในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการมาก แต่การตรวจธรรมดาไม่ยืนยัน มิได้หมายความว่าผู้ป่วยจะไม่เป็นอะไร การใช้ CT Scan ที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์เป็นแนวทางในการรักษาก็ย่อมก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย ไม่ทำให้การรักษาสายเกินไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ. รัตมี วรณิสสร ประสาทศัลยแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสยาม ลาดพร้าว ที่อนุญาตให้ข้าพเจ้าใช้เวลาในการปิดภาคการศึกษาในการเฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและอนุญาตให้นำรายงานผู้ป่วยรายนี้มาเสนอพร้อมทั้งช่วยแนะนำและแก้ไขรายงานผู้ป่วยรายนี้ให้แก่ข้าพเจ้า

ขอขอบคุณท่านบรรณาธิการที่อนุญาตให้นำรายงานนี้ลงตีพิมพ์ในจุฬาลงกรณ์เวชสาร

อ้างอิง

1. Ottinger LW. The New England Journal of Medicine, Current concepts mesenteric ischemia. N Eng J Med 1982 Aug 26; 307 (9) : P. 535-537
2. Rosen A, Korobkin M, Silverman PM, Dunnick NR, Kelvin FM. Mesenteric vien thrombosis CT Identification. AJR 1984 July; 143 (1) : P. 83-86
3. Schwart, Shires, Spencer, Storer. Acute Occlusion of Superior Mesenteric Artery. 4 ed. Singapore : McGraw-hill International Book, 1984. P. 1433-1435

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 14 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2528