

7-1-1985

Aortoesophageal fistula เกิดจากการกินกระดุกเข็ด

อรุณ วิจารณ์สกุล

วิเศษ ต่างใจ

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



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

Recommended Citation

วิจารณ์สกุล, อรุณ and ต่างใจ, วิเศษ (1985) "Aortoesophageal fistula เกิดจากการกินกระดุกเข็ด," *Chulalongkorn Medical Journal*. Vol. 29: Iss. 7, Article 8.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol29/iss7/8>

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

Aorto-esophageal fistula เกิดจากการกินกระดูกเป็ด

อรุณ โรจนสกุล*
วิเศษ ต่างใจ*

Rojanasakul A, Tangchai V. Aorto-esophageal fistula caused by ingested duck bone. Chula Med J 1985 July ; 29(7) : 821-825

Aorto-esophageal fistula is a rare cause of massive upper gastrointestinal bleeding. We are reporting here a case caused by an ingested duck bone. Diagnosis was made too late at operation and the patient expired because of uncontrolled bleeding.

This case demonstrated the classic feature of the aorto-esophageal syndrome, namely, painful esophageal injury followed by a symptom free interval, then a signal hemorrhage, followed in hours to days by exanguinating hemorrhage. The clinical course of this disease is usually long enough to permit diagnosis and proper surgical treatment.

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Dubruceil ได้รายงานผู้ป่วย aorto-esophageal fistula รายแรกเมื่อ พ.ศ. 2361 ผู้ป่วยเป็นทหารอายุ 28 ปี ภายหลังจากกลืนกระดูกซี่โครงวัวแล้วมีอาการเจ็บหน้าอกและกลืนลำบาก 5 วันต่อมา ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดอย่างมากจนถึงแก่กรรม จากการตรวจศพพบว่ามียรอยทะลุระหว่างหลอดเลือดและ descending aorta ในปี พ.ศ. 2457 Chiari ได้รวบรวมรายงานและสรุปอาการแสดงของโรคนี้ไว้อย่างชัดเจน ได้มีรายงานโรคนี้เป็นระยะ ๆ จนถึงปัจจุบันมากกว่าร้อยราย มีเพียงหนึ่งรายที่ผู้ป่วยรอดตาย ซึ่งรายงานโดย Yonago RH. และคณะ⁽¹⁾

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 31 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดเล็กน้อยและเป็นลม 1 ปีก่อนผู้ป่วยมีอาการปวดท้องที่บริเวณยอดอก รักษาโดยการทานยาลดกรด 1 เดือนก่อนผู้ป่วยเคยถ่ายดำ ไม่มีประวัติรับประทานยาอะไรเป็นประจำ วันที่มาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกมาก จึงโดยสารถเมล์เพื่อมาโรงพยาบาล แต่ได้อาเจียนเป็นเลือด และเป็นลม ผู้พบเห็นจึงนำส่งโรงพยาบาล

ตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยชายไทย แข็งแรง สมวัย ซีดเล็กน้อย ความดันโลหิต 80/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที การตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ hematocrit แรกรับ 41% การใส่สายลงกระเพาะดูดได้เลือดสีแดงสด จึงได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยล้างกระเพาะด้วยน้ำเกลือเย็น ให้ pi-tressin และ cimetidine เข้าเส้นเลือดดำ ได้เลือด 3 หน่วย เลือดหยุดออกภายใน 2 ชั่วโมง จึงได้ทำ gastroscope

พบว่ามียแผลตื้น ๆ 2 แผล ที่บริเวณ duodenum ส่วนต้น และแผลนั้นไม่มีเลือดออกแล้ว 10 ชั่วโมง ต่อมาผู้ป่วยบ่นเจ็บหน้าอกตลอดเวลา ซีดลง ชีพจรเต้นเร็ว 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/60 มิลลิเมตรปรอท hematocrit ลดเหลือ 28% ทำการล้างกระเพาะได้เลือดสดสีแดงจัด จึงได้พิจารณาทำผ่าตัด ขณะส่งไปห้องผ่าตัดผู้ป่วยได้อาเจียนเป็นเลือดอีกจำนวนมาก กระวนกระวาย เหงื่อออกมาก วัดความดันโลหิตไม่ได้ ได้ทำการแก้ไขสภาวะช็อคโดยให้น้ำเกลือ และเลือดอีก 5 หน่วย วัดความดันโลหิตได้ 100 มิลลิเมตรปรอท จึงลงมือผ่าตัด พบว่ามีเลือดสีแดงสดอยู่ในกระเพาะประมาณ 1,500 มิลลิลิตร มีแผลตื้น ๆ อยู่ที่บริเวณ fundus 3 แผล ซึ่งมีเลือดซึมอยู่เล็กน้อย ได้เย็บแผลและทำ truncal vagotomy และ pyloroplasty พบว่าไม่มีเลือดออก จึงเย็บปิด ขณะกำลังเย็บปิดหน้าท้อง ได้มีเลือดทะลักออกมาจากปากผู้ป่วยอีกจำนวนมาก จึงเปิดกระเพาะดูพบเลือดในกระเพาะประมาณ 500 มิลลิลิตร และมีเลือดพุ่งมาจากหลอดเลือดได้ใส่ Senstagen-Brakemore tube ไว้ แต่ก็ยังมีเลือดออกจากปากผู้ป่วยตลอดเวลา จึงทำ median sternotomy พบว่าลักษณะภายนอกของ esophagus ปกติ ได้ผ่าเปิดหลอดเลือดถึงระดับ arch of aorta พบแผลเล็ก ๆ 2 แผลอยู่ตรงข้ามกัน ขนาด 2 และ 4 มิลลิเมตร ตามลำดับ แผลด้านที่ติดกับ arch of aorta ด้านขวามีเลือดพุ่งออกมาตลอดเวลา ผู้ป่วยถึงแก่กรรมขณะผ่าตัด ได้ตัดหลอดเลือดและ aorta ส่วนที่มีพยาธิสภาพส่งตรวจ (Figure 1,2) ผลทางพยาธิวิทยารายงานว่า เป็น aorto-esophageal fistula with periesophagitis

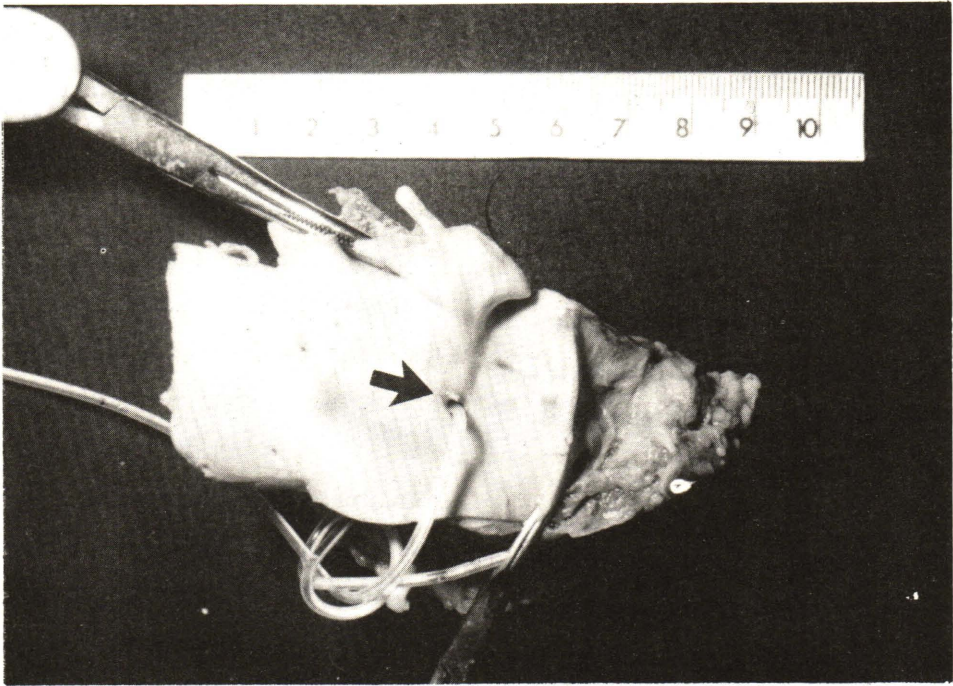


Figure 1 Small ulcer on aortic wall.

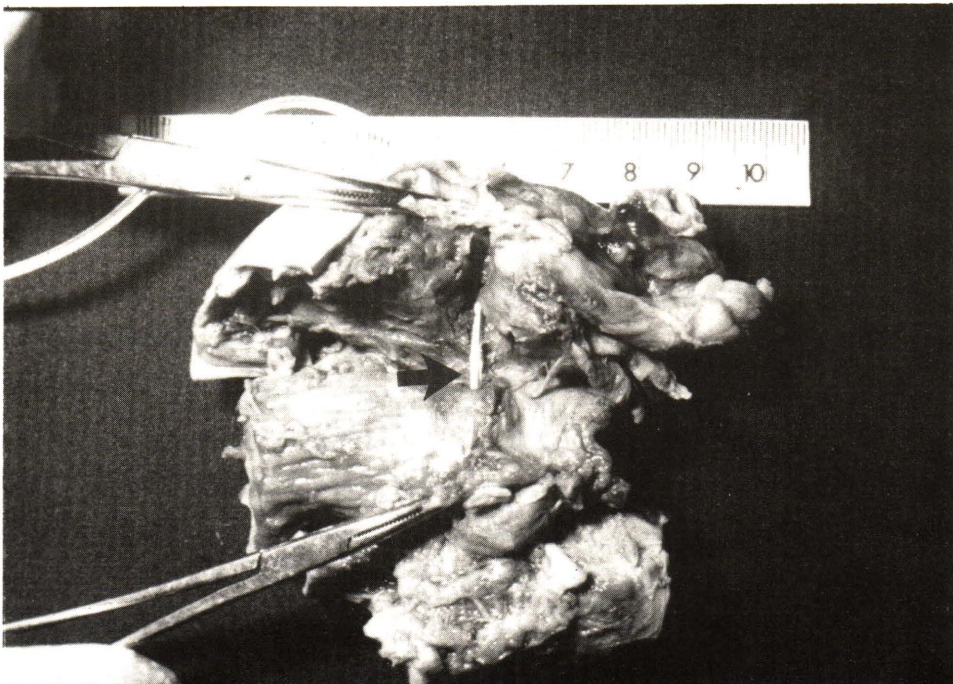


Figure 2 Aorto-esophageal tract.

หลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม ภรรยาได้ให้ประวัติเพิ่มเติมว่าเมื่อ 7 วันก่อน ผู้ป่วยกินกระดุกเปิดแล้วติดคอ ผู้ป่วยพยายามกลืนต่อรู้สึกไปติดที่หน้าอกมีอาการเจ็บหน้าอก มาโรงพยาบาล x-ray ไม่พบอะไรแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยบ่นเจ็บหน้าอกมาตลอด

จากประวัติ ลักษณะของแผล และผลทางพยาธิวิทยา ช่วยในการวินิจฉัยว่า aorto-esophageal fistula ในผู้ป่วยรายนี้เกิดจากการกินกระดุกเปิด

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้อาจรอดชีวิต ถ้าแพทย์สามารถวินิจฉัยและทำการผ่าตัดรักษาในช่วงที่เลือดหยุดออก โดยทำ thoracotomy แยก esophagus ออกจาก aorta และใช้ side biting clamp จับรูทะลุของ aorta แล้วเย็บซ่อมปิดแผล

ภาวะ aorto-esophageal fistula เป็นสาเหตุหนึ่งของสภาวะเลือดออกอย่างมากจากทางเดินอาหารส่วนต้น โรคนี้มีลักษณะเฉพาะตัวที่ค่อนข้างแน่นอน แต่เนื่องจากพบน้อย ไม่มีเขียนไว้ในตำรามาตรฐาน ทำให้แพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยได้ จึงพลาดโอกาสที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย

Chiari ได้รวบรวมผู้ป่วย 24 ราย สรุปอาการแสดงของโรคไว้ดังนี้

1. Mid thoracic pain
2. Signal or sentinel hemorrhage with free interval
3. Final exsanguination

Mid thoracic pain อาจเกิดเนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่

1. หลอดอาหารทะลุ และการอักเสบรอบ ๆ
2. Aortic aneurysm ที่ทะลุเข้าสู่หลอดอาหาร

3. มะเร็งที่ลุกลามถึง aorta

Signal or sentinel hemorrhage with free interval ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะอาเจียนเป็นเลือดสีแดงสด ซึ่งแสดงว่าเลือดออกมาจากเส้นเลือดแดงเลือดที่ออกในระยะนี้ไม่มาก อาจออกหลายครั้งตามด้วยช่วงเวลาที่เลือดหยุดซึ่งมีระยะเวลาไม่แน่นอน อาจเป็นชั่วโมง เป็นเดือน รายที่นานที่สุดที่มีผู้รายงานไว้คือ 4 ปี Sloop RD.⁽²⁾ พบว่ามี signal hemorrhage 50 รายใน 70 ราย และ Carter R.³ พบ 19 รายใน 24 ราย ผู้ป่วยที่เหลือไม่มี signal hemorrhage แต่จะมีเลือดออกอย่างมากในครั้งแรกจนถึงแก่กรรม สำหรับผู้ป่วยที่มีช่วงที่เลือดหยุดออกนี้ ถ้าแพทย์สามารถวินิจฉัยได้ผู้ป่วยก็อาจจะรอดตาย ซึ่งจากรายงานพบว่าส่วนใหญ่แพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยได้ก่อนผู้ป่วยถึงแก่กรรม

สาเหตุของ aorto-esophageal fistula ที่สำคัญได้แก่ aortic aneurysm⁽³⁾ และ foreign body⁽²⁾ สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ มะเร็งหลอดอาหาร^(4,5) มะเร็งปอด แผลในหลอดอาหาร วัณโรค^(6,7) การกิน corrosive agents⁽⁸⁾ และจากการผ่าตัดบริเวณหลอดอาหารหรือเส้นเลือด aorta เช่น coarctation of aorta⁽⁹⁾, vascular ring anomaly⁽¹⁾ เป็นต้น

Carter⁽³⁾ พบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 28 ราย เกิดจาก aortic aneurysm 16 ราย Sloop RD.⁽²⁾ ได้รวบรวมผู้ป่วย aorto-esophageal fistula เฉพาะที่เกิดจากการกิน foreign body จากรายงานทั้งหมดได้ 81 ราย ส่วนใหญ่ของ foreign bodies เป็นพวกกระดูกสัตว์ ระดับที่เกิด aorto-esophageal fistula ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 เซนติเมตร ต่ำจาก left subclavian artery ซึ่งเป็นส่วนที่หลอดอาหารแคบและอยู่ชิดกับ aorta มากกว่าส่วนอื่น ๆ

การวินิจฉัย สิ่งสำคัญที่สุดคือแพทย์ต้องรู้จัก

และนึกถึงโรคนี้ ซึ่งมีอาการแสดงตาม Chiari's triad ภาพรังสีทรวงอกอาจพบ mediastinum กว้างขึ้นจาก aneurysm, mediastinitis หรือมะเร็ง การทำ esophagography และ aortogram ก็อาจช่วยในการวินิจฉัยได้ การทำ esophagoscope อาจจะมีมองเห็นจุดเลือดออกได้ แต่เป็นข้อห้ามทำในรายที่เป็น aortic aneurysm

การรักษา ถ้าวินิจฉัย aorto-esophageal fistula ได้ ควรผ่าตัดฉุกเฉิน สำหรับแผลที่หลุดลอกอาหารควรเย็บปิดและใช้ pericardium fat graft^(10, 11)

อ้างอิง

1. Yonago RH, Iben AB, Mark JB. Aortic bypass in the management of aorto-esophageal fistula. *Ann Thorac Surg* 1969 Mar; 7 (3) : 235-237
2. Sloop RD, Thomson JC. aorto esophageal fistula: report of a case and review of literature gastroenterology 1967 Nov; 53 (5) : 768-777
3. Carter R, Mulder GA, Snyder EN, Jr, Brewer LA. Aorto-esophageal fistula. *Am J Surg* 1978 Jul; 136 (1): 26-30
4. Ghosh BC, Choudhry KU, Beattle EJ, Jr. Massive bleeding from esophageal cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1972 Jan; 63 (1) : 977-999
5. Soreide O, Jassen CW, Jr. Kvam G. Aorto-esophageal fistula complicating carcinoma of the esophagus. Review of the literature and report a case following irradiation and Cytostatic therapy. *Scan J Thorac Cardiovasc Surg* 1976; 10 (1) : 79-84
6. Hancock BW, Barnett DB Case of post primary tuberculosis and massive hematemesis. *Br Med J* 1974 Sep 21; 3 (5933) : 722-723
7. Robbs JV, Bhoola KD. Aorto esophageal fistula complicating tuberculous aortitis, *S Afr Med J* 1976 Apr 24; 50 (8) : 702-704
8. McCabe RE, Jr., Scott JR, Knox WG. Fistulizat on between the esophagus, aorta and trachea as a complication of acute corrosive esophagitis, Report case. *Am Surg* 1969 Jun; 35 (6): 450-454
9. Bigge T, Rothnie NG. Aorto esophageal fistula : a late complication of a resected coarctation. *Br J Surg* 1974 Jul; 61 (7) : 545-546
10. Bombeck CT, Boyd DR, Nyhus LM. Esophageal trauma. *Surg Clin North Am* 1973 Feb; 52 (1) : 219-230
11. Hix WR, Mills M. The management of esophageal wound *Ann Surg* 1970 Dec; 172 (6) : 1002-1006

สำหรับแผลที่ aorta ถ้าเป็นแผลเล็กก็อาจใช้ satinski clamp จับและเย็บปิด

สรุป

รายงานผู้ป่วย aorto-esophageal fistula 1 ราย เกิดจากการกินกระดุกเปิด ได้รวบรวมรายงานของสาเหตุการเกิด การดำเนินโรค การวินิจฉัย และการรักษาโรคนี้ เน้นถึงจุดสำคัญคือการวินิจฉัยโดยนึกถึงโรคนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ร่วมกับการอาเจียนเป็นเลือดสีแดงสด ซึ่งการวินิจฉัยได้อาจจะทำให้ศัลยแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยรอดตาย