

รายงานผู้ป่วย (Case report)

รายงานผู้ป่วย: โรคลำไส้ติ่งอักเสบคู่

ปองทิพย์ อุ่นประเสริฐ (พ.บ.)

สาขาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

ภาวะลำไส้ติ่งคู่หรือมีลำไส้ติ่ง 2 อันเป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดที่พบได้ยากมาก แต่หากเกิดภาวะลำไส้ติ่งอักเสบ มักจะมีการอักเสบ 2 อันเสมอ ถ้าแพทย์ที่ทำการผ่าตัดลำไส้ติ่งไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีลำไส้ติ่ง 2 อันหรือหาไม่เจอในขณะที่ผ่าตัดอาจทำให้ผลการรักษาไม่ดี อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะลำไส้ติ่งอักเสบจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในประเทศไทยที่อาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย มากกว่าการใช้ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องในการวินิจฉัยโรคลำไส้ติ่งอักเสบทำให้แพทย์ไม่ทราบว่าผู้ป่วยรายใดมีลำไส้ติ่ง 2 อันทำให้วินิจฉัยโรคลำไส้ติ่งอักเสบคู่ไม่ได้

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 20 ปีมีอาการปวดท้องบริเวณตรงกลางท้องย้ายไปปวดที่ท้องด้านข้างขวา ได้รับการวินิจฉัยโรคลำไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันจากการซักประวัติและการตรวจร่างกายและได้รับการผ่าตัดลำไส้ติ่งที่โรงพยาบาลเดิม หลังจากผ่าตัดอาการคนไข้ไม่ดีขึ้นยังมีอาการปวดท้องมากบริเวณท้องด้านข้างขวา ไม่สามารถลุกเดิน ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือขับถ่ายอุจจาระได้ มีอาการท้องอืดมากขึ้น ผู้ป่วยขอย้ายมารักษาต่อที่โรงพยาบาลแห่งที่ 2 เมื่อมาถึงโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยยังมีอาการปวดท้องบริเวณข้างขวาเหมือนก่อนผ่าตัด ตรวจร่างกายพบว่ามีท้องอืดและมีกดเจ็บและมีกดปล่อยเจ็บที่บริเวณท้องด้านข้างขวาลักษณะเข้าได้กับภาวะอักเสบของเยื่อช่องท้องบริเวณท้องด้านข้างขวา ซึ่งในขณะนั้นนึกถึงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดลำไส้ติ่งครั้งแรก เช่นการหลุดของไหมที่เย็บตรงโคนลำไส้ติ่งหรือมีรอยรั่ว หรือโรคอื่นที่พบได้บ่อยเช่น Meckel's diverticulitis ผู้ป่วยจึงได้รับการตรวจเพิ่มเติมด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ผลปรากฏว่าพบอวัยวะรูปท่อปลายตัน ที่มีหินปูนภายในขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ที่บริเวณท้องด้านข้างขวาใกล้กับบริเวณ ileocaecal valve ร่วมกับมีน้ำคั่ง มีการบวมของลำไส้โดยทั่ว

ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการและอาการแสดงของภาวะอักเสบของเยื่อช่องท้อง โดยวางแผนแผลผ่าตัดที่บริเวณผิวหนังเป็น low midline incision เพื่อเข้าไปดูบริเวณช่องท้องด้านข้างล่าง เมื่อตรวจสอบบริเวณรอยผ่าตัดเมื่อ 3 วันก่อนจากโรงพยาบาลเดิมพบว่าบริเวณที่ผ่าตัดลำไส้ติ่งออกไม่มีการหลุดของไหม ไม่มีรอยรั่ว แต่พบว่ามีลำไส้ติ่งอักเสบอีก 1 อัน ซึ่งลำไส้ติ่งมีการอักเสบมีเนื้อตายและมีรอยแตกรั่วร่วมกับมีเนื้อตายบางส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนซีกัม ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาด้วยการตัดลำไส้ติ่งที่พบ เนื้อตายของลำไส้ใหญ่ส่วนซีกัมออกแล้วทำการเย็บซ่อมแซมลำไส้ด้วยเทคนิค end to end anastomosis และได้ทำการตรวจสอบอวัยวะข้างเคียงไม่พบว่ามี Meckel's diverticulum หรือเนื้องอก ไม่มีความผิดปกติของรังไข่และปีกมดลูก หลังจากนั้นจึงทำการเย็บปิดช่องท้องและเปิดแผลแบบ delay primary suture

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นทันทีหลังผ่าตัดและสามารถกลับบ้านได้ 7 วันหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดใดในการตรวจติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 และ 3 เดือน ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาทั้ง 2 ครั้ง ยืนยันว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบจริง

โรคไส้ติ่งอักเสบคู่เป็นโรคที่พบได้น้อย แต่หากแพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งหากแพทย์ที่ทำการผ่าตัดโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้ตรวจดูอวัยวะในระหว่างผ่าตัดอย่างละเอียดก็อาจทำให้พบรอยโรคอื่นที่พบร่วมได้ เช่น Meckel's diverticulum หรือโรคไส้ติ่งอักเสบคู่อย่างเช่นในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการวินิจฉัยผิดพลาดได้

คำสำคัญ ไส้ติ่ง ไส้ติ่งคู่ ไส้ติ่งอักเสบ ไส้ติ่งอักเสบคู่ ไส้ติ่งอักเสบ 2 อัน

ผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบ แพทย์หญิงปองทิพย์ อุ่นประเสริฐ

สาขาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย

E-mail: pupat054@gmail.com

Duplex vermiform appendicitis: a case report

Pongtrip Unprasert (M.D.)

Department of Surgery, Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi, Thailand

Abstract

A Duplex vermiform appendix is a rare congenital anomaly and, in the case of an acute appendicitis, both appendices have inflammation simultaneously. However, if the surgeon cannot detect the other appendicitis during the first appendectomy, this may lead to serious consequences to the patient. This is especially the case in Thailand, whereby the typical practice prefers to take into account the patient's clinical history and physical examination, rather than a computed tomography (CT) of the patient's abdomen for diagnosis of an acute appendicitis, leading to a misdiagnosis of an acute duplex appendicitis.

A twenty year old Thai female presented with acute abdominal pain starting at the mid abdomen, which then migrated to the right lower abdomen, was diagnosed with an acute appendicitis through clinical diagnosis, and underwent an appendectomy at a former hospital. After surgery her clinical symptoms had not improved. She still had severe right lower abdominal pain, could not ambulate, could not tolerate eating and could not defecate. The patient also had increased abdominal distension, causing her to decide to transfer to another hospital. At this second hospital her physical examination revealed abdominal distension, right lower quadrant abdominal tenderness as well as rebound tenderness, most likely caused by a localized peritonitis at the right lower abdomen. The most common complication after appendectomy is stump leakage (or other associated lesions such as Meckel's diverticulitis). The patient was then sent to take a computed tomography of her abdomen, which revealed a blind end tubular shaped lesion, with internal calcification near the caecum and ileocaecal valve area. It was one centimeter in diameter, with a diffuse bowel dilatation that had collected fluid.

An emergency laparotomy was done using a low midline incision to inspect the right lower abdomen. A surgical suture was found intact with no leakage. The second appendix was identified and found inflamed and ruptured with necrosis along a part of the caecum. The second appendix was removed along with part of the necrotic caecum. The caecum was repaired with an end to end anastomosis technique. There was no Meckel's diverticulum and no tumors found. The patient had normal ovaries and fallopian tubes. The abdominal wall was closed with a delayed primary skin suture.

The patient's abdominal pain significantly improved immediately after the second surgery and was able to be discharged in post operation day 7 without further complications at the 1st and 3rd month follow ups. The histopathological reports from both hospitals confirmed her ruptured appendicitis.

Duplex vermiform appendicitis are extremely rare. Misdiagnosis can cause severe complications or even death. Surgeons who perform appendectomies should always double check other abnormal lesions during the surgery, such as Meckel's diverticulum (or in this case duplex vermiform appendix) to avoid complications from a misdiagnosis.

Keywords Appendix, Duplex vermiform appendix, Appendicitis, Duplex vermiform appendicitis

Corresponding author Pongtrip Unprasert

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Burapha University, Chonburi, Thailand

E-mail: pupat054@gmail.com

บทนำ

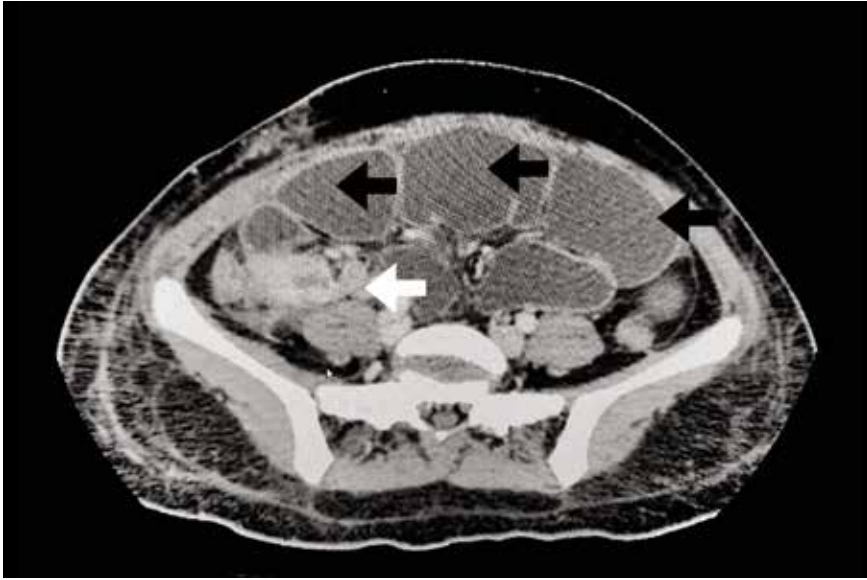
ภาวะไส้ติ่งคู้หรือมีไส้ติ่ง 2 อัน เป็นภาวะความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดที่พบน้อยมากพบได้ร้อยละ 0.004 ถึง 0.009 จากผลชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดไส้ติ่ง^{1,2} จากการสืบค้นข้อมูลจนถึงปัจจุบันพบรายงานผู้ป่วยมีภาวะไส้ติ่งคู้ประมาณ 100 ราย แม้ความผิดปกตินี้จะพบได้ยากแต่ภาวะแทรกซ้อนจากการที่ไม่สามารถตรวจพบโรคไส้ติ่งอีกเสบคู้ อาจทำให้เกิดอันตรายเพราะร่างกายอย่างรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีไส้ติ่ง 2 อันมีรายงานพบว่าจะมีการอักเสบได้ทั้ง 1 หรือ 2 อันพร้อมกัน พบการผ่าตัดไส้ติ่งอันที่สองมีการอักเสบหลังการผ่าตัดครั้งแรกได้^{3,4,5} บ่อยครั้งการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอีกเสบคู้ก่อนการผ่าตัดนั้นเป็นเรื่องยาก โดยเฉพาะประเทศไทยที่ใช้การซักประวัติตรวจร่างกายเป็นหลัก ร่วมกับการตรวจค่าเม็ดเลือดขาวที่แสดงการอักเสบของร่างกายในการวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอีกเสบ การถ่ายภาพทางรังสีเช่นเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องหรืออัลตราซาวด์ช่องท้องไม่ได้ทำในทุกราย จะทำเฉพาะในรายที่การซักประวัติตรวจร่างกายหรือผลเลือดไม่ชัดเจนจึงมีโอกาที่จะวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอีกเสบคู้ก่อนผ่าตัดได้ยาก ซึ่งภาวะนี้พบได้ค่อนข้างน้อยจึงทำให้แพทย์ที่ทำการผ่าตัดมักจะไม่นึกถึงภาวะนี้และทำให้วินิจฉัยโรคไส้ติ่งอีกเสบคู้ไม่ได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดผลร้ายแรงตามมา

ข้อมูลผู้ป่วยและการรักษา

ผู้ป่วยหญิงไทยโสดอายุ 20 ปี ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง 2 วันก่อนไปโรงพยาบาล อาการปวดท้องเริ่มที่บริเวณรอบสะดือและหลังจากนั้นย้ายไปปวดที่ท้องน้อยด้านขวา ให้ประวัติเบื่ออาหาร มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกรานมาก่อนผลการตรวจร่างกายอุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ผลการ

ตรวจตรวจหน้าท้องพบการกดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวา มีการเกร็งตัวของจุดกดเจ็บและมีการกดปล่อยแล้วเจ็บที่บริเวณจุดแมคเบอร์เนย์ (McBurney's point) ผลตรวจปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการนับเม็ดเลือดพบว่ามีเม็ดเลือดขาวสูง 18,600 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยมีเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลเด่น ภาพเอกซเรย์ช่องท้องไม่พบความผิดปกติและไม่มีภาพทางรังสีอื่นในการค้นหาหรือยืนยันโรคไส้ติ่งอีกเสบเพิ่มเติม ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอีกเสบเฉียบพลันและได้เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบ

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านแผลผ่าตัดแบบ Gridiron บริเวณจุดแมคเบอร์เนย์ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัดวันแรกผู้ป่วยยังมีไข้และอาการปวดท้องน้อยด้านขวาอยู่ วันที่ 2 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยพยายามลุกเดินเองรอบเตียงแต่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากยังมีอาการปวดท้องน้อยด้านขวาอยู่มาก นอกจากนี้ยังมีอาการท้องอืดและตรวจไม่พบการกลับมาของการทำงานของลำไส้ วันที่ 3 หลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังปวดท้องมาก และยังไม่มีการทำงานของลำไส้ ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 4 ครั้งต่อวัน เนื่องจากอาการไม่ดีขึ้นผู้ป่วยจึงขอย้ายมายังโรงพยาบาลที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ เมื่อมาถึงที่โรงพยาบาลที่ 2 ตรวจร่างกายที่แผนกฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยยังมีไข้ ร่วมกับอาการท้องอืด ตรวจพบการกดเจ็บและการกดปล่อยแล้วเจ็บที่บริเวณจุดแมคเบอร์เนย์ ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบว่าการหนาตัวของผนังลำไส้ และมีรอยโรคที่ฉีดสีขึ้นเป็นวงบริเวณช่องท้องด้านขวาล่าง ใกล้กับลำไส้ใหญ่ส่วนซีกัมและบริเวณไอลิโอซีคัลวาล์ว (ileocaecal valve) ร่วมกับมีน้ำคั่งบริเวณนั้น นึกถึงภาวะติดเชื้อหรือการอักเสบที่บริเวณนั้น และพบอวัยวะรูปท่อปลายตันขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 เซนติเมตรที่มีหินปูนภายในท่ออยู่บริเวณนั้นด้วย (รูปที่ 1)

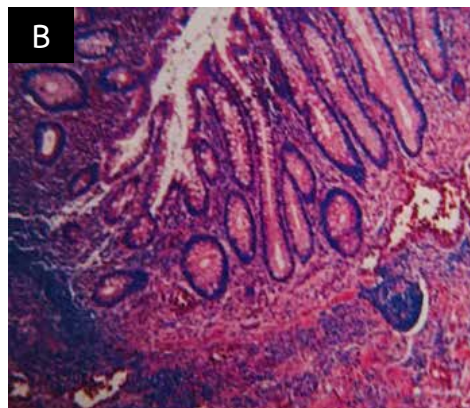


รูปที่ 1 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดตัดไส้ติ่งอักเสบครั้งแรก 3 วัน พบอวัยวะรูปท่อนปลายตันขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 เซนติเมตร (ลูกศรสีขาว) บริเวณช่องท้องด้านข้างขวา และพบการหนาตัวของผนังลำไส้ร่วมกับการขยายขนาดของลำไส้ (ลูกศรสีดำ)

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 2 แบบฉุกเฉิน โดยผู้เขียนทำการผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดแบบ low midline incision เพื่อเข้าไปตรวจดูบริเวณช่องท้องด้านขวากลางซึ่งเคยได้รับการผ่าตัดตัดไส้ติ่งเมื่อ 3 วันก่อนจากโรงพยาบาลเดิม เพื่อตรวจสอบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเช่น รอยรั่วของไหมเย็บที่บริเวณโคนของไส้ติ่งที่ได้ทำการตัดไปเมื่อ 3 วันก่อน หรือมีรอยโรคอื่นที่มีลักษณะเป็นท่อนปลายตันที่พบจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องว่าเป็น Meckel's diverticulitis หรือ diverticulitis อื่นๆ ที่บริเวณนั้น หรือมีเนื้องอกหรือรอยโรคอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยรายนี้ได้

ผลตรวจในช่องท้องพบว่าบริเวณไอลีโอซีกัลวาร์ลมีเยื่อโอเมนตัมใหญ่ (greater omentum) มาติดอยู่ที่บริเวณผ่าตัด พบรอยเย็บบริเวณที่ตัดไส้ติ่ง

ไปบริเวณด้านขวาของไอลีโอซีกัลวาร์ล และเมื่อเอาส่วนเยื่อโอเมนตัมที่บดบังบริเวณนี้ออกจึงพบไส้ติ่งอักเสบอีก 1 อันบริเวณด้านซ้ายของไอลีโอซีกัลวาร์ล โดยลักษณะของไส้ติ่งอันที่ 2 นี้มีการอักเสบร่วมกับมีเนื้อตายบริเวณโคนลามไปถึงบางส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนซีกัมและมีรอยรั่วของไส้ติ่งที่อักเสบ ผู้เขียนได้ทำการตัดไส้ติ่งอักเสบออกและส่งตรวจทางพยาธิวิทยา พร้อมกับตัดเนื้อตายบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนซีกัมเย็บปิดลำไส้แบบ end to end anastomosis จากการตรวจสอบบริเวณที่ผ่าตัด ไม่พบความผิดปกติอื่นเช่น Meckel's diverticulum หรือ diverticulum อื่นๆ ที่บริเวณนั้นหรือเนื้องอก พบเพียงสารน้ำที่เกิดจากการอักเสบและการบวมของลำไส้เล็กแบบทั่วๆ ไป โดยผู้เขียนทำการเย็บปิดแผลผ่าตัดแบบ delayed primary closure



รูปที่ 2A ภาพชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดตัดไส้ติ่งครั้งที่สอง

รูปที่ 2B ภาพ histopathology พบว่า เป็นไส้ติ่งอักเสบแตก ร่วมกับเนื้อตายและมีเลือดออก

ผลการรักษาและการติดตามดูแล

หลังจากการผ่าตัดตัดไส้ติ่งอักเสบครั้งที่ 2 อาการปวดท้องและไข้ของผู้ป่วยหายขาดทันที ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และการทำงานของลำไส้กลับมาทำงานในวันที่ 2 หลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกินอาหารได้ดี สามารถลุกขึ้นเดินได้เอง โดยไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีท้องอืด ไม่มีไข้ รวมถึงอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับ และได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 1 สัปดาห์ แพทย์ทำการเย็บปิดบาดแผลผ่าตัดและสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 7 หลังการผ่าตัดครั้งที่ 2 และให้ยาปฏิชีวนะแบบกินต่ออีก 1 สัปดาห์ และนัดมาตรวจติดตามอาการหลังออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน ผู้ป่วยหายดีสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้ตามปกติ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

ผู้เขียนได้ติดตามผลตรวจพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อจากโรงพยาบาลเดิมที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตัดไส้ติ่งอักเสบครั้งแรก ผลชิ้นเนื้อพบว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบแตกขนาดยาว 6 เซนติเมตร ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 เซนติเมตร โดยผลชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดตัดไส้ติ่งครั้งที่ 2 พบไส้ติ่งอักเสบขนาดยาว 6 เซนติเมตร ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.2 เซนติเมตร มีส่วนเนื้อตายและมีรอยแตกรั่วของไส้ติ่งเช่นเดียวกันกับผลชิ้นเนื้อครั้งแรก

อภิปราย

การพบรอยโรคที่มีอวัยวะลักษณะท่อปลายตันที่ติดอยู่กับผนังลำไส้เล็กทั้งจากการผ่าตัดเข้าไปดูในช่องท้องและจากภาพทางรังสีต้องวินิจฉัยแยกโรคกับ Meckel's diverticulum เสมอซึ่งพบได้บ่อยกว่า ภาวะไส้ติ่งคู้ หรือ diverticulum อื่นๆ โดยอาศัยลักษณะอวัยวะที่มองเห็นจากการผ่าตัดสามารถแยกได้ และสามารถยืนยันชนิดของอวัยวะนั้นๆ ด้วยรายงานพยาธิวิทยา

ความสำคัญของภาวะนี้คือ หากมีการอักเสบของไส้ติ่งคู้จะทำให้เพิ่มภาวะแทรกซ้อนจากการที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไส้ติ่งอักเสบเช่น ไส้ติ่งอักเสบแตก มีการอักเสบในช่องท้องแบบทั่ว ติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเพิ่มการใช้ทรัพยากรในการรักษา เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เพิ่มอัตราการตาย และเพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล อาจมีปัญหารื่องความเข้าใจผิดระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษากับผู้ป่วยหรือญาติได้ เพราะผู้ป่วยหรือญาติอาจคิดว่าไม่ได้ตัดไส้ติ่งอักเสบออกไปจริง หรือตัดอวัยวะผิดหรือวินิจฉัยโรคผิด อาการคนไข้ไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงหลังการผ่าตัดครั้งแรก ดังเช่นในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งประวัติและการตรวจร่างกายมีความสำคัญโดยเฉพาะหลังการผ่าตัดตัดไส้ติ่งอักเสบ

อาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการปวดท้องที่ยังไม่หายหรือไม่ดีขึ้นหลังการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ให้สงสัยภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเช่น มีรอยรั่วบริเวณเย็บปิดโคนไส้ติ่งอักเสบ หรือไหมหลุด อาจต้องทำการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มเติมแบบ exploratory laparotomy เพื่อดูสาเหตุของอาการของผู้ป่วยที่ไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

มีรายงานพบว่าภาวะไส้ติ่งอักเสบคู่ สัมพันธ์กับ Meckel's diverticulum⁶ ซึ่งเกิดจากการปิดที่ไม่สมบูรณ์ของ vitelline duct ขณะเป็นเอ็มบริโอซึ่งปกติจะปิดสมบูรณ์ในสัปดาห์ที่ 7 ของการตั้งครรภ์หากมีการปิดไม่สมบูรณ์ของ vitelline duct จะทำให้เกิดการยื่นออกของลำไส้เล็กที่เรียกว่า Meckel's diverticulum ลักษณะทางพยาธิวิทยาจะพบเซลล์เยื่อผนังกระเพาะอาหารและลำไส้ที่อยู่ผนังด้านในของ Meckel's diverticulum โดยมักพบบริเวณไม่เกิน 2 ฟุตห่างจากไอลีโอซีคัลวาล์วไปทางลำไส้เล็กส่วนไอเลียม ซึ่งการพบภาวะไส้ติ่งอักเสบคู่ร่วมกับ Meckel's diverticulum อาจอธิบายกลไกการเกิดความผิดปกติ แบบเดียวกันได้ อาการของคนไข้ที่มี Meckel's diverticulum มักมาด้วย Meckel's diverticulitis ซึ่งมีอาการและอาการแสดงเหมือนกับไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันคืออาการปวดท้องบริเวณล่างขวา ซึ่งเกิดจากการอักเสบของ Meckel's diverticulum ซึ่งหากตรวจพบ Meckel's diverticulum ขณะผ่าตัดช่องท้องจากสาเหตุอื่นแนะนำให้ตัดออก สามารถพบ peptic ulcer ที่เยื่อผนังลำไส้เล็กส่วนไอเลียมจากการหลังกรดของเยื่อผนังกระเพาะอาหารที่อยู่ติดที่ภายใน Meckel's diverticulum ซึ่งทำให้เกิดภาวะ Meckel's diverticulitis ซึ่งการอักเสบอาจเกิดจากการบิดขั้วของ Meckel's diverticulum ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดและเกิดภาวะอักเสบ หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดการทะลุของ Meckel's diverticulitis ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการอักเสบ เยื่อช่องท้องโดยทั่วไปทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

บางครั้งผู้ป่วยมาด้วยอาการของโรคไส้ติ่งอักเสบเมื่อผ่าตัดเข้าไปในช่องท้องอาจพบไส้ติ่ง 1 อันปกติ แต่ความจริงแล้วอาจมีไส้ติ่งที่อักเสบอยู่อีกหนึ่งอันได้หากแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดตรวจไม่พบระหว่างผ่าตัด อาจทำให้มีการตรวจตรวจไส้ติ่งอีกอัน อาจทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ อย่างไรก็ตามการค้นหาไส้ติ่งนอกเหนือจากไส้ติ่งอันแรกที่พบขณะผ่าตัดไม่ได้ทำกันทุกราย เพราะเนื่องจากภาวะไส้ติ่งคู่พบได้ยาก และเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมากขึ้นจากภาวะอักเสบบริเวณนั้น แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดมักตรวจหาภาวะอื่นที่พบร่วมได้บ่อยกว่าเช่น Meckel's diverticulum มากกว่า หากแพทย์ผ่าตัดเข้าไปพบไส้ติ่งอักเสบ 1 อันและไส้ติ่งที่ปกติอีก 1 อันแนะนำให้ผ่าตัดไส้ติ่งทั้งสองออกไปพร้อมกัน เพื่อป้องกันการที่ต้องมาผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบซ้ำจากการอักเสบของไส้ติ่งที่ปกติในครั้งแรก ซึ่งเคยมี รายงานในปี 1966 ที่มีผู้ป่วยต้องผ่าตัดไส้ติ่งซ้ำภายใน 5 เดือนหลังจากผ่าตัดครั้งแรกจากภาวะการอักเสบของไส้ติ่งอันที่ 2⁷

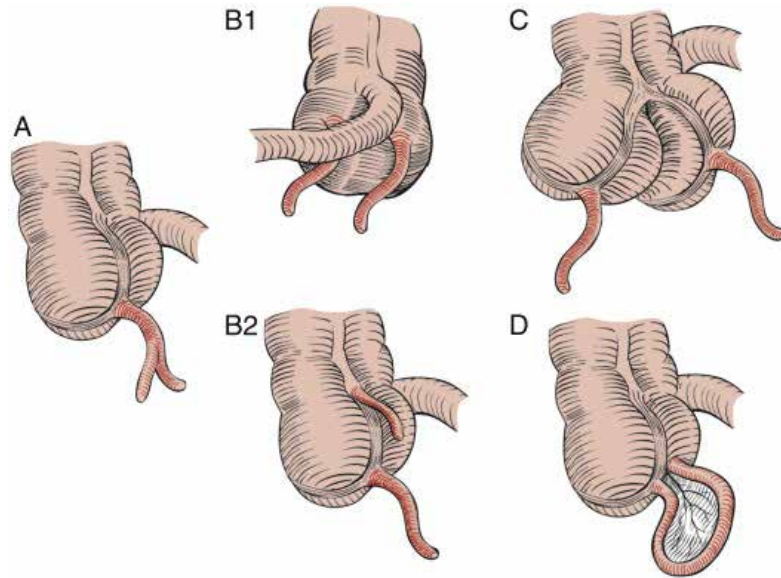
ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะไส้ติ่งคู่ อาการมาด้วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบจากโรงพยาบาลเดิม 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลโดยมีผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบจริง ผู้ป่วยกลับมีอาการไม่ดีขึ้นยังมีอาการปวดท้องแบบเดิม ไม่สามารถลุกเดินหรือช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ และยังมีอาการไข้ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะอักเสบของร่างกาย หากทางแพทย์ผู้ผ่าตัดหรือทำการรักษาต่อไม่ได้ติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจไม่ทราบว่าผู้ป่วยยังต้องการการผ่าตัดเพิ่มเติมจากโรคไส้ติ่งอักเสบคู่ ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำการรักษาได้และได้มีการส่งตัวต่อมายังโรงพยาบาลของผู้เขียน แพทย์ได้ทำการซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมพบว่ายังมีอาการและอาการแสดงของการอักเสบในช่องท้องซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการทำ exploratory laparotomy ผู้เขียนได้ทำการผ่าตัด

แบบ low midline laparotomy เพื่อเข้าไปตรวจหาความผิดปกติต่างๆ เช่น รอยเย็บปิดบริเวณโคนไส้ติ่ง หลังจากตัดไส้ติ่งอีกเสบ ซึ่งปกติต้องไม่มีรอยรั่ว มองหา Meckel's diverticulum diverticulum อื่นๆ และความผิดปกติทางสูติรีเวชเช่น ความผิดปกติของถุงน้ำรังไข่ หรือเนื้องอกซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ในท้องผ่าตัดพบว่า รอยเย็บปิดบริเวณโคนไส้ติ่งซึ่งอยู่บริเวณด้านขวาของ ไอลีโอซีกัลวาล์ ไม่มีรอยรั่ว ไม่พบ diverticulum ใดๆ ไม่พบความผิดปกติของถุงน้ำรังไข่ และไม่พบเนื้องอก แต่พบว่ามีไส้ติ่งอันที่ 2 อยู่บริเวณด้านซ้ายต่อไอลีโอซีกัลวาล์ และอยู่ด้านหลังลำไส้ส่วนไอเลียม และมีลักษณะของการอักเสบเนื้อตายของไส้ติ่งอันที่ 2 และบางส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนซีกัม

การผ่าตัดตัดไส้ติ่งครั้งที่ 2 ผลขึ้นเมื่อพบว่าการอักเสบ มีส่วนเนื้อตายและมีรอยแตกรั่วของไส้ติ่งอันที่ 2 ไปจนถึงส่วนของลำไส้ใหญ่ซีกัมซึ่งได้มีรอยรั่วจากเนื้อตายร่วมด้วย ทางผู้เขียนได้ทำการผ่าตัดไส้ติ่งอันที่ 2 ออกและตัดเนื้อตายบริเวณลำไส้ใหญ่ซีกัมบางส่วนและเย็บต่อเพื่อปิดรอยรั่วของลำไส้ใหญ่ซีกัม และทำการเปิดแผลผ่าตัด ทำแผลแบบ delayed primary closure จนแผลผ่าตัดไม่มีภาวะติดเชื้อจึงทำการเย็บปิดแผลผ่าตัด 7 วันหลังผ่าตัด ซึ่งไม่มีภาวะติดเชื้อหรือแผลแยกจนกระทั่งตัดไหม 7 วันหลังเย็บแผล บาดแผลไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลทางพยาธิวิทยาพบว่าอวัยวะที่ตัดออกมาจากผู้ป่วยในครั้งแรกจากโรงพยาบาลอื่นเป็นไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีลักษณะของเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ และผลพยาธิวิทยาครั้งที่สองพบว่าเป็นเป็นไส้ติ่งอักเสบเช่นเดียวกับผลพยาธิวิทยาในการผ่าตัดตัดไส้ติ่งครั้งแรก แต่มีการอักเสบมีเนื้อตายมีรอยรั่วของไส้ติ่งแล้วซึ่ง ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อรุนแรงในช่องท้องซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้ และอาจมีความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้ แต่ในรายนี้สามารถควบคุม

การติดเชื้อในช่องท้องได้ มีการเปิดแผลผ่าตัดและทำแผลจนแน่ใจว่าไม่มีติดเชื้อจึงเย็บปิด ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์หลังการผ่าตัดครั้งที่สอง และจากการติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ไม่พบว่ามีอาการปวดท้องหรือไข้หรือความผิดปกติทางระบบทางเดินอาหาร แผลผ่าตัดไม่มีภาวะติดเชื้อไม่มีแผลแยก ในทางกลับกันหากผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบอันที่สอง หรือวินิจฉัยได้ช้า ผลการรักษาอาจจะไม่เป็นที่น่าพอใจ หรือคนไข้อาจเสียชีวิตได้ ในระหว่างผ่าตัดครั้งที่ 2 ผู้เขียนได้ตรวจสอบบริเวณ 2 พุทจากไอลีโอซีกัลวาล์เพื่อหา Meckel's diverticulum แต่ไม่พบความผิดปกติชนิดนี้ซึ่งถ้าหากพบให้ทำการตัดออกไปพร้อมกับการผ่าตัดตัดไส้ติ่งในครั้งนี้ เพื่อป้องกันการอักเสบในภายหลังซึ่งอาจต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำอีก

จากลักษณะตำแหน่งของไส้ติ่งอันที่ 2 ที่ตรวจพบในระหว่างผ่าตัด ในรายนี้จึงเข้าได้กับภาวะไส้ติ่งชนิด B1 ดังรูปที่ 3⁵ ตาม classification ของ Cave-Wallbridge^{8,9,10} ซึ่งไส้ติ่งอันที่ 2 อาจถูกบดบังจากลำไส้เล็กส่วนไอเลียมขณะผ่าตัด ทำให้วินิจฉัยผิดพลาดหรือวินิจฉัยไม่ได้ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาเรื่องการผ่าตัดซ้ำทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากโรคที่ยังไม่หาย มีอาการปวดท้องมาก กินอาหาร ขับถ่ายไม่ได้และยังเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่นๆ เช่น ไส้ติ่งมีเนื้อตายและทะลุเกิดการอักเสบช่องท้องแบบทั่ว เกิดติดเชื้อในกระแสเลือดภาวะช็อคและเสียชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบคู่ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยขณะทำการผ่าตัดตัดไส้ติ่ง ควรตรวจสอบอวัยวะโดยรอบว่ามีความปกติอื่นอยู่ร่วมด้วยหรือไม่ หากพบโรคไส้ติ่งอักเสบคู่ตั้งแต่การผ่าตัดครั้งแรกจะช่วยรักษาผู้ป่วยได้ในการผ่าตัดเพียงครั้งเดียวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการวินิจฉัยผิดพลาดได้



รูปที่ 3 แสดงลักษณะของไส้ติ่งคู่ที่พบได้ตามการแบ่งของ Cave-Wallbridge classification⁵

รูปที่ 3A คือ มีไส้ติ่ง 2 อันที่มีจุดกำเนิดร่วมกันบนลำไส้ใหญ่ส่วนซีกม้านั้นเดียว

รูปที่ 3B คือ มีไส้ติ่ง 2 อันที่มีจุดกำเนิดต่างกันบนลำไส้ใหญ่ส่วนซีกม้านั้นเดียว โดยแบ่งเป็นชนิดย่อย B1 และ B2 โดย ชนิดย่อย B1 ไส้ติ่ง 2 อันมีจุดกำเนิดจากแต่ละด้านของไอลีโอซีคัลวาล์ว ส่วนชนิดย่อย B2 ไส้ติ่งอันแรกจะอยู่ในตำแหน่งปกติโดยที่ไส้ติ่งอันที่ 2 อยู่ในแนวเดียวกันบนตำแหน่งของ taenia coli

รูปที่ 3C คือ มีลำไส้ใหญ่ส่วนซีกม้านั้น 2 อัน โดยแต่ละอันมีไส้ติ่ง 1 อัน

รูปที่ 3D คือ ไส้ติ่งอันเดียว แต่มีรูเปิดที่สองตำแหน่งบนลำไส้ใหญ่ส่วนซีกม้านั้นเดียว มีลักษณะเป็นรูปเกือกม้า

หลักการรักษาภาวะไส้ติ่งคู่ที่มาด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบคู่ คือการผ่าตัดตัดไส้ติ่งออกทั้งสองตำแหน่งในครั้งเดียว ตรวจหาความผิดปกติอื่น เช่น Meckel's diverticulum ที่อาจพบร่วม การดูแลหลังผ่าตัดเหมือนการผ่าตัดตัดไส้ติ่งอักเสบทั่วไป ให้อาบน้ำอุ่นทางหลอดเลือดดำ เริ่มกินทางปากเมื่อมีอาการและอาการแสดงของการทำงานของลำไส้ เช่น มีการเรอ ถ่ายอุจจาระหรือผายลม มีความรู้สึกหิว ไม่มีอาการท้องอืด ตรวจร่างกายพบเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้แบบแอกทีฟ ไม่มีอาการปวดท้องหรือไม่มีการกดเจ็บที่ท้อง โดยจะเริ่มให้ดื่มเป็นน้ำหวานและเพิ่มความหยาบของอาหารจนสามารถกินอาหารได้ปกติ แล้วจึงพิจารณาการดูแลรักษาต่อที่บ้านและนัดดูอาการประมาณ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังผ่าตัดเพื่อติดตาม

ภาวะแทรกซ้อนหากพบว่ามีความผิดปกติจะได้ทำการรักษาแก้ไขต่อไป

สรุปผลการศึกษา

ภาวะไส้ติ่งคู่ เป็นภาวะที่พบน้อยมักพบและวินิจฉัยได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการของโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและพบว่าไส้ติ่งมากกว่า 1 อัน ซึ่งแพทย์ที่ทำการผ่าตัดอาจตรวจไม่พบในขณะที่ผ่าตัดอย่างเช่นรายนี้ เนื่องจากมีอวัยวะที่สามารถบดบังไส้ติ่งอันที่ 2 ได้เช่น ลำไส้เล็กส่วนไอเลียมและลำไส้ใหญ่ส่วนซีกม้านั้น รวมถึงเยื่อโอเมนตัม ที่สามารถบดบังอวัยวะต่างๆ จากโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันซึ่งทำให้การวินิจฉัยโรคนี้อาจทำได้ยาก จึงควรทำการซักประวัติตรวจร่างกายหลังผ่าตัดว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างไรเพื่อจะได้ทำการรักษา

อย่างตรงจุดว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดตัดไส้ติ่งอักเสบ เช่น มีการหลุดของรอยเย็บที่โคนไส้ติ่งที่ตัดไป หรือเป็นโรคอื่นเช่น Meckel's diverticulitis diverticulitis อื่นๆหรือโรคทางสูติรีเวชเช่น ovarian cyst และภาวะไส้ติ่งคู้ที่มีการอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น หากทำการรักษาอย่างทันที่ว่าจะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ แต่หากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจถึงขั้นทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้

โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคที่พบได้น้อยหากแพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งในปัจจุบันการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องสามารถทำได้แพร่หลายอาจช่วยในการวินิจฉัยภาวะนี้ได้แต่การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องในปัจจุบันไม่ได้ทำในทุกรายเพื่อหาภาวะไส้ติ่งคู้หรือโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน แต่หากเป็นการช่วยในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ไม่ได้มาด้วยอาการที่พบได้บ่อยหรืออาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน ในรายที่อาการและอาการแสดงชัดเจนว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันมักจะไม่ได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องเนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับรังสีเอกซเรย์ปริมาณมากโดยไม่จำเป็นและเสียเวลาในการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องทำให้การผ่าตัดกระทำได้ช้าลงอาจทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยเช่น ไส้ติ่งทะลุหรือไส้ติ่งแตกได้ ปัจจุบันหากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน แพทย์จะทำการผ่าตัดตัดไส้ติ่งโดยไม่ต้องรอผลจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง หากแพทย์ที่ทำการผ่าตัดตรวจดูอวัยวะในระหว่างผ่าตัดอย่างละเอียดก็อาจทำให้พบรอยโรคอื่นที่พบร่วมได้ เช่น Meckel's diverticulum หรือโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันอย่างเช่นในรายนี้ แต่การตรวจดูอวัยวะในระหว่างผ่าตัดนั้นอาจทำได้ไม่ถนัดเนื่องจากโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันมักจะมีเยื่อโอเมนตัม และส่วนของลำไส้มาดบังบริเวณในช่องท้องที่มีการอักเสบทำให้

การตรวจอย่างละเอียดทำได้ยากและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจแล้วไปทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดหรือลำไส้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

การส่งตรวจชิ้นเนื้อของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันทางพยาธิวิทยาหลังการทำการผ่าตัดตัดไส้ติ่งทุกครั้ง จะช่วยแพทย์ที่ทำการผ่าตัดในการยืนยันว่าอวัยวะที่ตัดออกไปนั้นเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันจริง ซึ่งจะช่วยในกรณีที่สงสัยว่าตัดผิดอวัยวะหรือมีไส้ติ่งมากกว่า 1 อันหรือภาวะอื่นเช่น Meckel's diverticulitis หรือ diverticulitis อื่นๆ ได้ ในปัจจุบันยังไม่มีมีการตรวจเพิ่มเติมเพื่อทำการตรวจหาเฝ้าระวังภาวะนี้และยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการใดๆ จึงไม่มีความจำเป็นในการตรวจเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งคู้

การยินยอมอนุญาตของคนไข้

ผู้ป่วยได้ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลการรักษาได้โดยไม่ระบุชื่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Collins DC. A study of 50,000 specimens of the human vermiform appendix. Surg Gynecol Obstet. 1955; 101: 437-45.
2. Kjossev KT, Losanoff JE. Duplicated vermiform appendix. Br J Surg. 1996; 83: 1259.
3. Griffiths EA, Jagadeesana J, Fasiha T, Mercer-Jones M. Bifid vermiform appendix: a case report. Curr Surg. 2006; 63: 176-8.
4. Chew DK, Borromeo JR, Gabriel YA, Holgersen LO. Duplication of the vermiform appendix. J Pediatr Surg. 2000; 35: 617-8.

5. Travis JR, Weppner JL, Paugh JC. Duplex vermiform appendix: case report of a ruptured second appendix. *J Pediatr Surg.* 2008; 43: 1726–8.
6. Panda SK, Prasad C, Tirkey R, Rajesh V, Mishra J, Dora RK. Unusual association of Meckel’s diverticulum with double appendix – A rare finding. *International Journal of Surgery Case Reports.* 2014; 5: 879-81.
7. Maizels G. Duplication of the vermiform appendix. *S Afr Med J.* 1966; 40: 1123.
8. Cave A. Appendix vermiform duplex. *J Anat.* 1936; 70: 283–92.
9. Wallbridge PH. Double appendix. *Br J Surg.* 1962; 50: 346–7.
10. Kim EP, McClenathan JH. Unusual duplication of appendix and cecum: extension of the Cave-Wallbridge classification. *J. Pediatr. Surg.* 2001; 36: E18.