

การดูแลรักษาอุบัติเหตุช่องท้อง (Management of abdominal injury)

สมพล ฤกษ์สมกวี

บทนำ

การบาดเจ็บช่องท้องเป็นภัยร้ายที่คุกคามชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ อันเนื่องมาจากมีอวัยวะที่สำคัญหลายอย่างในช่องท้อง ได้แก่ ตับ ม้าม กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ไตและทางเดินปัสสาวะ และหลอดเลือดใหญ่ เป็นต้น หากมีการบาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเสียเลือดมาก หรือ ติดเชือรุนแรง ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้

ประวัติการเกิดเหตุ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทั่วไปควรพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บช่องท้องร่วมด้วยหรือไม่ โดยการซักถามประวัติซึ่งเป็นส่วนสำคัญเพื่อให้ทราบกลไกการเกิดเหตุเพื่อช่วยในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสได้รับบาดเจ็บช่องท้องได้หรือไม่และอย่างไร การทราบกลไกการเกิดเหตุอย่างละเอียด รวมทั้งตำแหน่งและทิศทางของแรงที่กระทำต่อร่างกายทั้งในกรณีจากการกระแทก (blunt mechanism) หรือแบบทะลุทะลวง (penetrating mechanism) จะเป็นสิ่งสำคัญที่สุดเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาและการสืบค้นการบาดเจ็บในขั้นตอนต่อไป การซักถามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยสามารถช่วยบอกและอธิบายเกี่ยวกับอวัยวะภายในช่องท้องที่จะได้รับบาดเจ็บได้ ทั้งนี้ถ้าการบาดเจ็บเกิดในบริเวณส่วนบนของช่องท้องจะเป็นตำแหน่งที่มีการคาบเกี่ยวกันระหว่างช่องอกและช่องท้อง (thoraco-abdominal injury) การบาดเจ็บบริเวณนี้ก็ควรคำนึงถึงอวัยวะที่จะได้รับการบาดเจ็บทั้งช่องอกและช่องท้องไปพร้อมกัน ในกรณีเดียวกัน การบาดเจ็บบริเวณส่วนล่างของช่องท้องก็อาจคาบเกี่ยวกับการบาดเจ็บของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (pelvic cavity) ด้วยเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ในการบาดเจ็บจากตำแหน่งของอวัยวะในช่องท้องว่าเป็นอวัยวะที่อยู่ภายในช่องท้อง (intraabdominal organ) หรืออวัยวะที่อยู่หลังเยื่อช่องท้อง (retroperitoneal organ) ก็มีความสำคัญในการวินิจฉัยอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยพิจารณาส่งตรวจวินิจฉัยสืบค้นด้วย กล่าวคือ เมื่อมี

การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องอาการและอาการแสดง (abdominal signs) ก็จะชัดเจนและมีลักษณะเยื่อช่องท้องอักเสบแบบกระจาย (generalized peritonitis) ส่วนการบาดเจ็บของอวัยวะหลังเยื่อช่องท้อง (retroperitoneal organ) จะมีลักษณะอาการแสดงเยื่อช่องท้องอักเสบเฉพาะที่ (localized peritonitis) ซึ่งอาจมีอาการและการตรวจร่างกายในบริเวณที่มีการบาดเจ็บไม่ชัดเจนเท่าการบาดเจ็บของอวัยวะที่อยู่ในช่องท้อง การบาดเจ็บบางชนิดจะมีการแสดงออกของร่องรอยการบาดเจ็บเป็นลักษณะจำเพาะและสามารถช่วยให้คิดถึงอวัยวะที่จะได้รับบาดเจ็บบ่อย ๆ ได้ เช่น seatbelt injury จะเห็นรอยคาดของสายรัดเข็มขัดนิรภัย อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยในกรณีนี้คือ ลำไส้และข้อหลอดเลือดเลี้ยงลำไส้ (small bowel and root of mesentery) และอาจมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังร่วมด้วย ส่วน bicycle handle injury จะเกิดอุบัติเหตุขึ้นรถจักรยานล้มหรือ steering wheel injury จากการกระแทกของพวงมาลัยรถยนต์ จะพบมีการกระแทกเข้าที่ท้องส่วนบนบริเวณใต้ลิ้นปี่ มักพบการบาดเจ็บของตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้น duodenum ได้ การบาดเจ็บแบบมีการเปลี่ยนแปลงความเร็ว เช่น กรณีเคลื่อนที่ด้วยความเร็วสูงและชนกระแทกกระทั้นทันจนความเร็วหยุดหรือ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (acceleration- deceleration force) จะมีการบาดเจ็บของอวัยวะที่เป็นเนื้อแน่น เช่น ตับ ม้าม ไต รวมทั้งอวัยวะแกว่งที่มีข้อติดยึด เช่น ลำไส้ และข้อลำไส้ รวมถึงหลอดเลือดใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องส่วนหลัง จะเห็นได้ว่าร่องรอยการบาดเจ็บที่พบจะช่วยให้ผู้ตรวจนึกถึงการบาดเจ็บของอวัยวะที่พบบ่อย และเป็นแนวทางในการส่งตรวจสืบค้นเพื่อการวินิจฉัยต่อไป¹⁻⁵

ขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง¹⁻³

การดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้อง เบื้องต้นควรเริ่มดูแลปัญหาและเสาะหาภาวะที่เป็นภัยคุกคามเกิดอันตรายต่อชีวิตก่อนโดยสามารถปฏิบัติตามหลักการของ Advanced trauma life support เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นชีวิตและมีสัญญาณชีพที่ดีก่อนในขั้นตอนของ primary surveys ซึ่งในกรณีถ้าพบผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ไม่คงที่ (unstable vital signs) การเสียเลือดจำนวนมากในช่องท้องเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องนึกถึงเสมอและผู้ตรวจควรตรวจร่างกายหาลักษณะภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น ลักษณะท้องอืดตึง และกดเจ็บ (abdominal distension, peritoneal sign) ในช่วงนี้สามารถทำอัลตราซาวด์เพื่อหาเลือดออกในช่องท้อง (FAST) หรือ ทำการผ่าตัดเจาะเข้าในช่องท้องเพื่อหาภาวะเลือดออก (diagnostic peritoneal lavage, DPL) เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะเลือดออกในขั้นตอนนี้ทันทีเสริมจากการทำ primary surveys ซึ่งเรียกว่า adjunct to primary surveys และรีบให้การรักษาโดยการนำผู้ป่วยไปผ่าตัดเปิดช่องท้องทันทีให้เร็วที่สุด (immediate exploratory laparotomy) เนื่องจากมีการเสียเลือดในช่องท้องจำนวนมาก ส่วนในกรณีผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ การตรวจและการตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บทั้งหมดรวมถึงการบาดเจ็บช่องท้องอย่างละเอียดสามารถทำในเวลาต่อมาได้ในช่วง secondary surveys โดยการรวบรวมประวัติอย่างละเอียด อาการและ

อาการแสดงที่ตรวจพบดังกล่าวไว้ข้างต้น และพินิจพิจารณาสังตรวจวินิจฉัยสืบค้นเพิ่มเติมในช่วงหลังไม่เร่งด่วนมากซึ่งจะเรียกการสังตรวจในช่วงนี้ว่า adjunct to secondary surveys และเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาต่อไป

การบาดเจ็บช่องท้องกลไกจากแรงกระแทก (blunt abdominal injury)

โดยส่วนใหญ่อวัยวะในช่องท้องที่ได้รับการบาดเจ็บมักเกิดกับอวัยวะที่มีลักษณะเป็นเนื้อแน่น (solid organ) เช่น ตับ ม้าม และไต จากงานวิจัยของผู้เขียนและคณะที่เคยรวบรวมผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า การบาดเจ็บที่ตับเป็นอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บมากที่สุด โดยจากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วย FAST, DPL, CT ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ค่อนข้างคงที่⁶ แต่อย่างไรก็ดีจากการสังเกตติดตามการปฏิบัติรักษาในเรื่องนี้ของผู้เขียนในช่วงระยะ 10 กว่าปีที่ผ่านมา พบว่าอัตราการใช้ FAST จะได้รับความนิยมอย่างมากจนเรียกได้ว่าทำในคนไข้เกือบทุกราย ส่วนการใช้ DPL ก็นิยมน้อยลงมากจนแทบไม่ค่อยพบเห็น ขณะเดียวกันการใช้ CT scan ก็กลับได้รับความนิยมสูงขึ้นมากเช่นกันในกรณีผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่

กรณีการบาดเจ็บช่องท้องกลไกบาดแผลแบบที่มทะลุ (penetrating abdominal injury)

ถ้าบาดแผลมีเลือดออก สามารถใช้ผ้าก๊อซกดห้ามเลือดไว้ ถ้าบาดแผลใหญ่มีลำไส้หรือแผ่นไขมัน omentum โผล่ยื่นมาจากปากแผลไม่ควรจับส่วนที่ยื่นโผล่ยัดกลับเข้าไปในช่องท้อง แต่ให้ใช้ผ้าปราศจากเชื้อผืนใหญ่ชุบน้ำเกลืออุ่นแล้วนำมาห่อส่วนนั้นไว้ กรณีบาดแผลที่ผนังหน้าท้องไม่มีอวัยวะในช่องท้องโผล่ออกมาห้ามใช้นิ้วหรืออุปกรณ์อื่นหยั่งสำรวจความลึกของแผลว่าลึกเข้าช่องท้องหรือไม่ ในกรณีนี้ควรทำการผ่าตัดสำรวจความลึกของแผลโดยให้ทำภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่และปราศจากเชื้อ เรียกว่า local wound exploration (LWE) เพื่อดูว่าปลายสุดของแผลนั้นได้ทะลุผ่านเข้าไปในช่องท้องหรือไม่ หัตถการนี้ใช้สำหรับสำรวจแผลที่มทะลุทางช่องท้องด้านหน้าเท่านั้น (anterior abdomen) ไม่เหมาะใช้กับการสำรวจแผลที่อยู่ด้านข้างลำตัวหรืออยู่ด้านหลัง รวมถึงแผลที่อยู่ระหว่างช่องซี่โครง สำหรับแผลที่ยังมีมัต อาวุธ หรือวัตถุปักคาอยู่ไม่ควรดึงออกในห้องฉุกเฉินเพราะอาจทำให้เลือดที่หยุดไปแล้วเพียงชั่วคราว เกิดมีเลือดพุ่งออกมาใหม่ได้ ต้องไปทำในห้องผ่าตัดที่มีการเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดหยุดเลือดเท่านั้น ในกรณีที่วัตถุที่แทงคาอยู่มีขนาดยาวให้ใช้การตัดวัตถุนั้นให้สั้นลงโดยไม่ดึงออกมา ให้ไปดึงออกในห้องผ่าตัดเมื่อการผ่าตัดสามารถผ่าตัดเข้าไปเพื่อควบคุมหยุดเลือดพร้อมแล้วเท่านั้น โดยระหว่างนี้พยายามหาวัสดุยึดตรึงไม่ให้มีการขยับเขยื้อนของวัตถุที่ปักคาอยู่

ถ้าเป็นแผลถูกกระสุนปืนหรือวัตถุระเบิด ควรตรวจหาบาดแผลรูกระสุนทะลุเข้าและออก เพื่อที่จะคาดคะเนวิถีกระสุนว่าแนวกระสุนจะทะลุทะลวงผ่านหรือเข้าช่องท้องหรือไม่ ในการคำนวณ

วิถีกระสุนจากตำแหน่งบาดแผลทะลุเข้าและออก หรือทราบตำแหน่งลูกกระสุนกรณีที่มีลูกกระสุนคาอยู่ สามารถประเมินทิศทางของแนวทะลุทะลวงของกระสุนโดยการส่งตรวจถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ CT scan ควรใช้โลหะชิ้นเล็ก (metallic marker) ติดบริเวณปากแผลก่อน เพื่อประเมินอวัยวะภายในที่บาดเจ็บได้อย่างชัดเจน ในกรณีที่ไม่มี CT scan ก็ควรส่งผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสี film abdomen AP and lateral ซึ่งจะช่วยในการจินตนาการการบาดเจ็บเป็นภาพ 3 มิติของวิถีกระสุนกับอวัยวะที่อาจมีการบาดเจ็บได้

สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง ควรพิจารณาถึงความสงสัยการบาดเจ็บช่องท้องให้มากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีผนังหน้าท้องที่ไม่หนา ผิวหนังมีลักษณะบาง มีชั้นไขมันไม่มากนักถึงกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ยังไม่ค่อยแข็งแรง ทำให้การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องเกิดขึ้นโดยง่าย ในขณะเดียวกันปฏิกิริยาการตอบสนองของสัญญาณชีพต่าง ๆ ก็มีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ กล่าวคือ ในผู้ป่วยเด็กการเสียเลือดปริมาณหนึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเด็กได้ แม้การตอบสนองของร่างกายยังไม่ปรากฏให้เห็นเด่นชัด⁷

การส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (investigation)^{1-3, 5}

เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ตรวจพบมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกจากการประเมินวินิจัยผู้ป่วย (clinical diagnosis) ว่าจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด สามารถดำเนินการเพื่อผ่าตัดช่องท้องได้เลยทันทีโดยไม่ต้องส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ใดๆ

สำหรับข้อบ่งชี้การบาดเจ็บช่องท้องที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดในทันที ได้แก่

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องกลไกจากแรงกระแทก (blunt abdomen) ที่มีเลือดออกมากในช่องท้อง ตรวจพบสัญญาณชีพผิดปกติอยู่ในภาวะช็อก ซึ่งกรณีนี้อาจทำ FAST หรือ DP L เพื่อยืนยันการเสียเลือดในช่องท้องเพิ่มเติมได้ในช่วง primary surveys ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องกลไกบาดแผลที่มทะลุ (penetrating abdominal injury) ที่ตรวจพบมีสัญญาณชีพผิดปกติอยู่ในภาวะช็อกและมีลักษณะชัดเจนทางคลินิกที่อธิบายได้ว่าการเสียเลือดในช่องท้อง
3. ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีอาการและอาการแสดงของเยื่อช่องท้องอักเสบแบบกระจาย (generalized peritonitis) อย่างชัดเจน ทั้งการบาดเจ็บกลไกจากแรงกระแทก และการบาดเจ็บจากบาดแผลที่มทะลุ
4. ผู้ป่วยบาดเจ็บจากช่องท้องบาดแผลที่มทะลุ ที่มีอวัยวะในช่องท้องยื่นโผล่ออกมานอกช่องท้องทางบาดแผลที่หน้าท้อง
5. ผู้ป่วยถูกกระสุนปืนยิงหรือถูกสะเก็ดระเบิดที่มีวิถีกระสุนหรืออาวุธทะลุผ่านเข้าช่องท้อง

สำหรับในกรณีผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีข้อบ่งชี้จากข้อมูลทางคลินิกที่ต้องรับการผ่าตัดได้ในทันที สามารถส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมได้ โดยพิจารณาเลือกทำการส่งตรวจตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายโดยพิจารณาถึงข้อจำกัดทางศักยภาพของทางโรงพยาบาลเป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจ

การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่

Plain film abdomen supine, upright หรือ เพิ่ม chest upright (กรณีมี CXR ด้วย เรียกชุดฟิล์มนี้ว่า film acute abdomen series) เนื่องจาก ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคต่ำ ปัจจุบันใช้น้อยลงอย่างมาก และในปัจจุบันมี ct scan เข้ามาแทนที่ซึ่งจะสามารถบอกอาการบาดเจ็บของอวัยวะภายในได้ดีกว่า ในรพ.ที่มีข้อจำกัดทำได้เพียง plain film นั้น การส่งตรวจนี้ก็ถือว่ายังพอมีประโยชน์อยู่บ้าง เช่น การพบ free air under dome of diaphragm ซึ่งบ่งชี้ว่ามีอวัยวะทางเดินอาหารในช่องท้องแตกทะลุ หรือการพบ retroperitoneal perinephric air ซึ่งบ่งชี้ว่ามีลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมแตกทะลุ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยบาดเจ็บกลไกบาดแผลที่มดลูก การส่ง film abdomen AP, Lateral ช่วยให้เราสามารถคาดคะเนวิถีกระสุนดังกล่าวไว้ข้างต้นได้

FAST (Focussed Assessment Sonography in Trauma) เป็นการทำอัลตราซาวนด์เพื่อตรวจหาว่ามีเลือดออกช่องท้องหรือช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องกลไกแรงกระแทกเพื่อยืนยันว่ามีการเสียเลือดในช่องท้องจริง ในกรณีได้ผลบวก FAST positive อาจพิจารณานำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้อง (Exploratory laparotomy) หรือจะพิจารณาให้การรักษาแนวใหม่ด้วยการไม่ผ่าตัด (Non operative management) โดยวิธีนี้ต้องมีการประเมินติดตามคนไข้เป็นระยะ ๆ ต่อไป

Computerized tomography (CT scan abdomen) เป็นการส่งตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่มีคุณภาพมีความละเอียดสูง สามารถบอกถึงพยาธิสภาพของการบาดเจ็บในช่องท้องได้เป็นอย่างดี ทั้งการบาดเจ็บต่ออวัยวะในเยื่อช่องท้องและอวัยวะที่อยู่หลังเยื่อช่องท้อง (retroperitoneal injury) การตรวจมีการฉีดสารทึบรังสีทางหลอดเลือดดำ (iv contrast) เพื่อเพิ่มความไวในการวินิจฉัย และอาจให้สารทึบรังสีทางปาก (oral contrast) ในกรณีที่คิดถึงจะมีการบาดเจ็บของทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น กระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม หรือให้สวนสารทึบรังสีทางทวารหนัก (contrast enema) ในกรณีที่สงสัยการบาดเจ็บของทางเดินอาหารส่วนล่าง เช่น colon หรือ rectum ในกรณีทั้งฉีด iv และ oral และ enema รวมกันสามอย่างเรียก CT with triple contrast studies การส่งตรวจ CT scan มีข้อเสียคือต้องใช้เวลามาก และต้องย้ายผู้ป่วยไปทำการตรวจที่ห้องรังสี จึงไม่ควรทำในผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติเพราะอาจไม่สามารถให้การรักษาทันทีเพื่อชีวิตจากภัยคุกคามชีวิตที่รุนแรงได้ นอกจากนี้การแปลผลการตรวจอาจต้องพิจารณาถึงคุณภาพของเครื่อง CT scan รวมทั้ง ความสามารถในการอ่านแปลผลที่อาจมีผลบวกลวง หรือ ผลลบลวงได้ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของการตรวจชนิดนี้ ทั้งนี้ในการประเมินผลการบาดเจ็บของผู้ป่วยและอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บให้คำนึงถึงอาการทางคลินิก

(clinical presentation) เป็นสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีที่ผลของการตรวจ CT scan ไม่สอดคล้องกับอาการทางคลินิกให้ยึดถืออาการผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการแปลผล และเลือกให้การรักษา

Diagnostic peritoneal lavage (DPL) เป็นการใส่หลอดสายยางลงไปในห้องเยื่อบุช่องท้องส่วนล่างบริเวณอุ้งเชิงกรานที่ cul-de-sac แล้วดูดได้เลือดเกิน 10 มล.หรือใส่น้ำเกลือแขวนในระดับสูงกว่าลำตัวผู้ป่วยใส่น้ำเข้าไปในห้องท้องลงไปละลายใน peritoneal cavity แล้วนำน้ำนั้นออกมาตรวจโดยยกดน้ำเกลือลงวางระดับต่ำกว่าผู้ป่วยโดยน้ำจะไหลย้อนกลับมาจากตัวผู้ป่วยผ่านสายน้ำเกลือกลับสู่ขวดน้ำเกลือ ถ้าส่งตรวจนับเซลล์พบ rbc >100,000/ มล. wbc >500/ มล. Amylase >175 iu/dl ย้อม gram stain พบเชื้อแบคทีเรีย หรือพบเศษอาหารหรือน้ำดีปนออกมาด้วย สิ่งเหล่านี้แปลว่าให้ผลบวก สามารถพิจารณานำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้องเพื่อรักษาต่อไป

Local wound exploration (LWE) ใช้ตรวจความลึกของแผลถูกรัดแทงบริเวณช่องท้องด้านหน้าต่ำกว่ากระตุกชายโครงเท่านั้น ถ้าให้ผลลบคือไม่เข้าช่องท้องสามารถทำความสะอาดแผลและหรือเย็บแผลผิวหนังปิดและให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ถ้าผลบวกให้พิจารณาทางเลือกในการรักษาต่อไป เช่น ทำ CT หรือ DPL หรือดูอาการและตรวจร่างกายติดตามเป็นระยะ (serial physical examination) โดยพิจารณาตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงศักยภาพของโรงพยาบาล

Laparoscopy เป็นการผ่าตัดช่องท้องโดยเปิดแผลเล็ก เพื่อใช้กล้องวิดีโอส่องดูเพื่อตรวจสำรวจการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องพร้อมให้การรักษา ที่ผ่านมามีการผ่าตัดผ่านกล้องจะได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการรักษาโรคทางศัลยกรรมช่องท้อง แต่พบว่าวิธีนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมในการเลือกเป็นการรักษาในผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้องอย่างกว้างขวางเพราะการผ่าตัดมีความยุ่งยากเป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานานเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยวิธีอื่น และการผ่าตัดผ่านกล้องต้องใช้ความสามารถขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้ผ่าตัดเป็นสำคัญ สำหรับการบาดเจ็บมีแผลฉีกขาดที่กระบังลม การผ่าตัดผ่านกล้องนี้มีความไวและความจำเพาะมากกว่าวิธีอื่น อีกทั้งยังสามารถเย็บซ่อมแผลฉีกขาดที่กระบังลมผ่านการส่องกล้องได้ด้วย การเลือกการผ่าตัดผ่านกล้องในกรณีนี้จึงเป็นที่นิยม โดยมีข้อดี คือแผลผ่าตัดมีขนาดเล็กและผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว (minimal invasive surgery) เมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบแผลเปิดช่องท้องแบบแผลมาตรฐาน Exploratory Laparotomy การผ่าตัดช่องท้องแบบแผลมาตรฐาน เป็นทั้งการสืบค้นวินิจฉัยอวัยวะที่บาดเจ็บ และใช้ในการรักษาในคราวเดียวกัน เป็นวิธีที่ถือว่าเป็นมาตรฐานในการตรวจสืบค้น (ในกรณีผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดจากข้อมูลทางคลินิก ที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น) และเป็นทั้งการรักษาไว้แต่จะเลือกการรักษาแนวใหม่โดยไม่ผ่าตัด (Non-operative management, NOM) ซึ่งจะกล่าวต่อไปในหัวข้อการรักษา

Serial physical examination (serial PE) เป็นการตรวจร่างกายติดตามเป็นระยะ ๆ โดยทีมศัลยแพทย์เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และความรุนแรงของภาวะเลือดออกจากอวัยวะในช่องท้อง รวมทั้งติดตามอาการและอาการแสดงของการอักเสบเยื่อบุช่องท้อง (peritonitis)

ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังว่ามีหรือไม่ ใช้ในกรณีพิจารณาตัดสินใจเลือกรักษาผู้ป่วยแบบไม่ผ่าตัด โดยถ้าภายหลังพบภาวะผิดปกติสามารถทำการเปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วยเป็นแบบผ่าตัดได้

การรักษา (Treatment)

1. Operative treatment^{2,3,5}

1.1 Definitive surgery เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ส่องการบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆทั่วช่องท้องพร้อมทำการรักษาจนเสร็จในคราวเดียวและเย็บผนังหน้าท้องและหรือเย็บผิวหนังปิดให้เรียบร้อย การผ่าตัดอาจใช้เวลาผ่าตัดนานจนเสร็จ เหมาะใช้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไม่รุนแรงมาก และสัญญาณชีพเป็นปกติ

1.2 Organ savage surgery เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ทำการรักษาการบาดเจ็บของอวัยวะโดยพยายามเก็บรักษาอวัยวะไว้โดยไม่ตัดอวัยวะนั้นทิ้ง เช่น ผ่ารักษาม้ามแตก ไตแตก โดยอาจทำด้วยวิธีการเย็บซ่อมหรือห่อรัดหยุดเลือดด้วยตาข่าย (mesh)

1.3 Damage control surgery เป็นการรีบผ่าตัดช่องท้องอย่างรวดเร็วเพื่อให้ใช้เวลาน้อยที่สุด โดยไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง โดยมีเป้าหมายทำการหยุดหรือชะลอการเสียเลือด และเย็บปิดรูฉีกขาดของลำไส้แบบชั่วคราว ผูกรัด หรือ ตัดลำไส้เย็บปิดปลายไว้ เพื่อรักษาประทั้งชีวิตผู้ป่วยไว้ก่อน โดยประเมินแล้วถ้าทำการผ่าตัดแบบผ่าเสร็จในคราวเดียว แล้วผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรง หรือเกิดการเสียชีวิตขึ้นได้ จึงผ่าตัดเฉพาะสิ่งจำเป็นข้างต้นแล้วนำผู้ป่วยไปรักษาแก้ไขภาวะผิดปกติ เช่น สมดุลกรดด่าง อุณหภูมิร่างกายต่ำ และการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ เป็นต้น ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตก่อนเมื่อสภาวะต่าง ๆ ดีขึ้น ซึ่งใช้เวลาประมาณ 24-48 ชม. จึงนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อทำการรักษาอีกครั้งต่อไป

2. Non operative management^{2,3,5}

การรักษาวิธีใหม่โดยเป็นการรักษาโดยไม่ผ่าตัด ใช้รักษาในบางกรณี ได้แก่ ในการรักษาการบาดเจ็บที่มีการฉีกขาดหรือเลือดออกของ solid organ จากกลไกแรงกระแทก (blunt injury) เช่น ดับ ม้าม หรือไต ฉีกขาด ที่มีเลือดออกไม่มาก และมีภาวะสัญญาณชีพเป็นปกติ โดยมีการพิจารณาการบาดเจ็บที่ดูได้จาก CT scan โดยมีระดับความรุนแรงของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บไม่รุนแรงมาก โดยการรักษาวิธีนี้ทีมแพทย์ต้องมีศักยภาพเพียงพอ มีแพทย์ติดตามอาการผู้ป่วยโดยมีการตรวจประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ (serial PE) ในส่วนของโรงพยาบาลต้องมีศักยภาพ และมีความพร้อมในการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้อย่างทันทีถ้าผู้ป่วยมีอาการแย่ลง หรือหลังจากติดตามอาการผู้ป่วยแล้วไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยโดยการไม่ผ่าตัดต่อไปได้ สำหรับในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องกลไกบาดแผลที่มึนทะลุทั้งจากมีดหรือของมีคมแทงหรือจากกระสุนปืนมีรายงานการเลือกการรักษาผู้ป่วยแบบไม่ผ่าตัดมาใช้

โดยบางสถาบันในต่างประเทศ ในระดับงานวิจัย ซึ่งต้องคอยติดตามต่อไปในอนาคตว่าจะได้รับการยอมรับในการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างกว้างขวางหรือไม่ อย่างไร

ผู้เขียนพบว่าการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด (Non operative treatment) นี้ได้เริ่มมีบทบาทในการรักษาที่ประเทศไทยมาประมาณ 20 กว่าปี จากงานวิจัยที่ผู้เขียนและคณะได้รายงานไว้ในขณะนั้นพบว่าวิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดยังไม่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย มีใช้วิธีนี้ในการรักษาการบาดเจ็บที่ตับเพียงร้อยละ 2.9 เท่านั้น⁶ ในเวลาต่อมาผู้เขียนสังเกตว่าการรักษาวิธีนี้ได้รับความนิยมจนถือได้ว่าเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพความพร้อมด้านอุบัติเหตุ (Trauma center) โดยเลือกให้การรักษาแบบนี้ในผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้องจากกลไกแบบแรงกระแทกที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ

3. Radiological Intervention^{2,3}

เป็นการทำหัตถการการตรวจวินิจฉัย และรักษาด้วยการใช้สายสวนหลอดเลือดแดง (angiography) และทำการฉีดสารทึบรังสี เมื่อพบพยาธิสภาพมีแขนงของหลอดเลือดแดงฉีกขาดมีเลือดออกหรือมีการปริแตกโป่งพองของผนังหลอดเลือดแดง (false aneurysm) ก็จะทำการรักษาโดยการอุดแขนงหลอดเลือดนั้น (embolization) ในคราวเดียวกัน วิธีนี้ช่วยเพิ่มศักยภาพในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด โดยถ้าสามารถหยุดเลือดที่ออกจากหลอดเลือดแดงที่ฉีกขาดได้สำเร็จ ผู้ป่วยก็สามารถรักษาโดยไม่ผ่าตัดต่อไปได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนแผนการรักษามาเป็นการผ่าตัด นอกจากนี้ในบางกรณี เช่น การบาดเจ็บรุนแรงที่รักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องแล้วแต่ยังไม่สามารถหยุดเลือดได้สนิท การสวนหลอดเลือดแดงและรักษายังใช้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการผ่าตัดที่ทำไปแล้ว หรือในกรณีที่การผ่าตัดทำได้ยากอาจรักษาโดยผ่าตัดเบื้องต้นเพื่อชะลอการเสียเลือดชั่วคราวแล้วรีบนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีสวนหลอดเลือดแดงและดูแลรักษาต่อไป

สรุป

การบาดเจ็บช่องท้องเป็นการบาดเจ็บที่สำคัญที่ทำให้เกิดความรุนแรง และมีอันตรายถึงชีวิตได้ เนื่องจากมีอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะอยู่ภายใน การประเมินการบาดเจ็บไม่สามารถเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก โดยการบาดเจ็บเป็นภัยคุกคามที่ซ่อนอยู่ภายในร่างกาย สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการบาดเจ็บในช่องท้องได้และได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี จึงต้องอาศัยการตระหนักถึงว่ามีการบาดเจ็บหรือไม่ และทำการหาข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยอย่างละเอียดถี่ถ้วนโดยอาศัยข้อมูลทั้งจากประวัติ กลไกการเกิดเหตุ อาการ อาการแสดง รวมถึงการสืบค้นส่งตรวจเพิ่มเติมที่เหมาะสม และการพิจารณาให้การรักษาอย่างเร่งด่วน และทันทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Surgeons: Committee on trauma. Advanced trauma life support program for doctors. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018. P 82-101.
2. Cothren CC, Biffl WL, Moore EE. Trauma. In: Brunickardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editors. Schwartz's Principles of Surgery. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2010. p 135-96.
3. Timothy CF, Martin AC. Abdominal trauma, including indications for celiotomy. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, editors. Trauma. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2000. p 583-602.
4. สมพล ฤกษ์สมถวิล. Rectal Injury. ใน : ชาญเวช ศรัทธาพุทธร, เรวัต ชุณหสวัณกุล. ตำราศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 18. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร;2557. หน้า 232-5.
5. สมพล ฤกษ์สมถวิล. Abdominal injury. ใน : จตุพร ศิริกุล, ณัฏฐิตา โอวัฒนาพานิช, กุสุมา ชินอรุณชัย. Trauma Ultimatum II: Essential Trauma Care for General Practitioner. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล;2562. หน้า 191-218.
6. Roeksomtawin S, Siltram S, Sakolsattayatorn P, Chuthapisth S. Liver injury in Siriraj Hospital. Siriraj Hosp Gaz 2004;56(1):18-25.
7. สมพล ฤกษ์สมถวิล. Pediatric Trauma. ใน : เลิศพงศ์ สมจรีต, สุภาพร โอภาสานนท์. Update in Trauma Practice. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร;2556. หน้า 173-85.