

การดูแลรักษาอุบัติเหตุช่องท้อง

(Management of abdominal injury)

ສມພາ ຖກເໜີສມດວັດ

บทนำ

การบาดเจ็บซ่องท้องเป็นภัยร้ายที่คุกคามชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ อันเนื่อง มาจากมีอวัยวะที่สำคัญหลายอย่างในช่องท้อง ได้แก่ ตับ ม้าม กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ได้แต่ทางเดินปัสสาวะ และหลอดเลือดใหญ่ เป็นต้น หากมีการบาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเสียเลือดมาก หรือ ติดเชื้อรุนแรง ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้

ประวัติการเกิดเหตุ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทั่วไปคริปโนจิราณาว่าผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บซ่องท้องร่วมด้วยหรือไม่ โดยการซักถามประวัติซึ่งเป็นส่วนสำคัญเพื่อให้ทราบกลไกการเกิดเหตุเพื่อช่วยในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสได้รับบาดเจ็บซ่องท้องได้หรือไม่และอย่างไร การทราบกลไกการเกิดเหตุอย่างละเอียด รวมทั้งตำแหน่งและทิศทางของแรงที่กระทำต่อร่างกายทั้งในกรณีจากการกระแทก (blunt mechanism) หรือแบบทะลุทะลวง (penetrating mechanism) จะเป็นสิ่งสำคัญที่สุดเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาและการสืบค้นการบาดเจ็บในขั้นตอนต่อไป การซักถามอาการและการแสดงของผู้ป่วยสามารถช่วยบอกและอธิบายเกี่ยวกับอวัยวะภายในซ่องท้องที่จะได้รับบาดเจ็บได้ ทั้งนี้ถ้าการบาดเจ็บเกิดในบริเวณส่วนบนของซ่องท้องจะเป็นตำแหน่งที่มีการควบคุมเกี่ยวกับระหว่างซ่องอกและซ่องท้อง (thoraco-abdominal injury) การบาดเจ็บบริเวณนี้ก็ควรคำนึงถึงอวัยวะที่จะได้รับการบาดเจ็บทั้งซ่องอกและซ่องท้องไปพร้อมกัน ในกรณีเดียวกัน การบาดเจ็บบริเวณส่วนล่างของซ่องท้องก็อาจควบคุมเกี่ยวกับการบาดเจ็บของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (pelvic cavity) ด้วยเห็นเดียวกัน นอกเหนื่อนี้ ในการบาดเจ็บจากตำแหน่งของอวัยวะในซ่องท้องว่าเป็นอวัยวะที่อยู่ภายในซ่องท้อง (intraabdominal organ) หรืออวัยวะที่อยู่หลังเยื่อบุซ่องท้อง (retroperitoneal organ) ก็มีความสำคัญในการวินิจฉัยอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยพิจารณาส่งตรวจวินิจฉัยสืบค้นด้วย กล่าวคือ เมื่อมี

การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องอาการและการแสดง (abdominal signs) ก็จะชัดเจนและมีลักษณะ เยื่อบุช่องท้องอักเสบแบบกระจาย (generalized peritonitis) ส่วนการบาดเจ็บของอวัยวะหลังเยื่อบุ ช่องท้อง (retroperitoneal organ) จะมีลักษณะอาการแสดงเยื่อบุช่องท้องอักเสบเฉพาะที่ (localized peritonitis) ซึ่งอาจมีอาการและการตรวจร่างกายในบริเวณที่มีการบาดเจ็บไม่ชัดเจนเท่าการบาดเจ็บ ของอวัยวะที่อยู่ในช่องท้อง การบาดเจ็บบางชนิดจะมีการแสดงออกของร่องรอยการบาดเจ็บเป็นลักษณะ จำเพาะและสามารถช่วยให้คิดถึงอวัยวะที่จะได้รับบาดเจ็บบ่อย ๆ ได้ เช่น seatbelt injury จะเห็น รอยคาดของสายรัดเข็มขัดนิรภัย อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยในกรณีคือ ลำไส้และข้อหลอดเลือด เลี้ยงลำไส้ (small bowel and root of mesentery) และอาจมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังร่วมด้วย ส่วน bicycle handle injury จะเกิดอุบัติเหตุขี่รถจักรยานล้มหรือ steering wheel injury จากการกระแทก ของพวงมาลัยรถยนต์ จะพบมีการกระแทกเข้าที่ท้องส่วนบนบริเวณใต้ลิ้นปี่ มักพบการบาดเจ็บของ ตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้น duodenum ได้ การบาดเจ็บแบบมีการเปลี่ยนแปลงความเร็ว เช่น กรณี เคลื่อนที่ด้วยความเร็วสูงและชนกระแทกกระหันหันจนความเร็วหยุดหรือ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (acceleration- deceleration force) จะมีการบาดเจ็บของอวัยวะที่เป็นเนื้อแน่น เช่น ตับ ม้าม ไต รวมทั้งอวัยวะแกงร่างที่มีข้อติดยืด เช่น ลำไส้ และข้อลำไส้ รวมถึงหลอดเลือดใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องส่วนหลัง จะเห็นได้ว่าร่องรอยการบาดเจ็บที่พบจะช่วยให้ผู้ตรวจนึกถึงการบาดเจ็บของอวัยวะที่พบบ่อย และเป็น แนวทางในการส่งตรวจสืบค้นเพื่อการวินิจฉัยต่อไป¹⁻⁵

ขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง¹⁻³

การดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้อง เป็นต้นควรเริ่มดูแลปฐมภารและเสาะหาภาวะที่เป็น ภัยคุกคามเกิดอันตรายต่อชีวิตก่อนโดยสามารถปฏิบัติตามหลักการของ Advanced trauma life support เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพันชีวิตและมีสัญญาณชีพที่ดีก่อนในขั้นตอนของ primary surveys ซึ่ง ในกรณีถ้าพบผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ไม่คงที่ (unstable vital signs) การเสียเลือดจำนวนมาก ในช่องท้องเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องนึกถึงเสมอและผู้ตรวจควรตรวจร่างกายหลักขณะภาวะเลือดออก ในช่องท้อง เช่น ลักษณะท้องอืดตึง และกดเจ็บ (abdominal distension, peritoneal sign) ในช่วงนี้ สามารถทำอุลตราชานน์เพื่อหาเลือดออกในช่องท้อง (FAST) หรือ ทำการผ่าตัดเจาะเข้าในช่องท้อง เพื่อหาภาวะเลือดออก (diagnostic peritoneal lavage, DPL) เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะเลือดออก ในขั้นตอนนี้ทันทีเสริมจากการทำ primary surveys ซึ่งเรียกว่า adjunct to primary surveys และ รีบให้การรักษาโดยการนำผู้ป่วยไปผ่าตัดเปิดช่องท้องทันทีให้เร็วที่สุด (immediate exploratory laparotomy) เนื่องจากมีการเสียเลือดในช่องท้องจำนวนมาก ส่วนในกรณีผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ การตรวจและการตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บทั้งหมดรวมถึงการบาดเจ็บช่องท้องอย่างละเอียดสามารถ ทำในเวลาต่อมาได้ในช่วง secondary surveys โดยการรวมประวัติอย่างละเอียด อาการและ

อาการแสดงที่ตรวจพบดังกล่าวไว้ข้างต้น และพินิจพิจารณาส่งตรวจวินิจฉัยสืบค้นเพิ่มเติมในช่วงหลังไม่เร่งด่วนมากซึ่งจะเรียกวิธีการส่งตรวจในช่วงนี้ว่า adjunct to secondary surveys และเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาต่อไป

การบาดเจ็บช่องท้องกลไกจากแรงกระแทก (blunt abdominal injury)

โดยส่วนใหญ่ อวัยวะในช่องท้องที่ได้รับการบาดเจ็บมักเกิดกับอวัยวะที่มีลักษณะเป็นเนื้อแน่น (solid organ) เช่น ตับ ปอด และไห้ จากงานวินิจฉัยของผู้เชี่ยวและคณที่เคยรวมผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า การบาดเจ็บที่ตับเป็นอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บมากที่สุด โดยจากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วย FAST, DPL, CT ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ค่อนข้างคงที่ แต่อย่างไรก็ต้องการสังเกตติดตามการปฏิบัติรักษาในเรื่องนี้ของผู้เชี่ยวในช่วงระยะเวลา 10 กว่าปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราการใช้ FAST จะได้รับความนิยมอย่างมากจนเรียกได้ว่า ทำในคนไข้เกือบทุกราย ส่วนการใช้ DPL กรณีมีน้อยลงมากจนแทบไม่ค่อยพบเห็น ขณะเดียวกันการใช้ CT scan กลับได้รับความนิยมสูงขึ้นมาก เช่นกันในกรณีผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่

กรณีการบาดเจ็บช่องท้องกลไกบาดแผลแบบทิ่มทะลุ (penetrating abdominal injury)

ถ้าบาดแผลมีเลือดออก สามารถใช้ผ้าก๊อชกดห้ามเลือดได้ ถ้าบาดแผลใหญ่มีลักษณะหรือแผ่นไขมัน omentum โผล่ยื่นมาจากปากแผลไม่คร่ำงส่วนที่ยื่นโผล่ยัดกลับเข้าไปในช่องท้อง แต่ให้ใช้ผ้าปราศจากเชื้อผืนใหญ่ชุบน้ำเกลืออุ่นแล้วนำมาห่อส่วนนั้นไว้ กรณีบาดแผลที่ผนังหน้าท้องไม่มีอวัยวะในช่องท้องโผล่ออกมากห้ามใช้น้ำหรืออุปกรณ์อื่นๆ แต่ให้สำรวจความลึกของแผลว่าลึกเข้าช่องท้องหรือไม่ ในกรณีนี้ ควรทำการผ่าตัดสำรวจความลึกของแผลโดยให้ทำภายในช่องท้องโดยใช้การฉีดยาชาเฉพาะที่และปราศจากเชื้อ เรียกว่า local wound exploration (LWE) เพื่อดูว่า ภายในช่องท้องมีอวัยวะอยู่หรือไม่ หัตถการนี้ใช้สำหรับสำรวจแผลทิ่มทะลุทางช่องท้องด้านหน้าเท่านั้น (anterior abdomen) ไม่แนะนำใช้กับการสำรวจแผลที่อยู่ด้านข้าง ลำตัวหรืออยู่ด้านหลัง รวมถึงแผลที่อยู่ระหว่างช่องท้อง สำหรับแผลที่ยังมีมีด อาวุธ หรือวัตถุปักคายอยู่ไม่ควรดึงออกในห้องฉุกเฉิน เพราะอาจทำให้เลือดที่หยุดไปแล้วเพียงชั่วคราว เกิดมีเลือดพุ่งออกมากใหม่ได้ ต้องไปทำในห้องผ่าตัดที่มีการเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดหยุดเลือดเท่านั้น ในกรณีที่วัตถุที่แทรกอยู่มีขนาดใหญ่ให้ใช้การตัดวัตถุนั้นให้สันลงโดยไม่ดึงออกมาก ให้ไปดึงออกในห้องผ่าตัดเมื่อการผ่าตัดสามารถผ่าตัดเข้าไปเพื่อควบคุมหยุดเลือดพร้อมแล้วเท่านั้น โดยระหว่างนี้พยาบาลหารือสัมภูติรับรู้ว่าไม่ให้มีการขยับเขยื้อนของวัตถุที่ทิ่มคายอยู่

ถ้าเป็นแผลถูกกระสุนปืนหรือวัตถุระเบิด ควรตรวจหาบาดแผลรุกระสุนทะลุเข้าและออก เพื่อที่จะคาดคะเนวิถีกระสุนว่าแนวกระสุนจะทะลุทั้งผ่านหรือเข้าช่องท้องหรือไม่ ในการคำนวณ

วิถีกระสุนจากตำแหน่งบาดแผลรุทะลุเข้าและออก หรือทราบตำแหน่งลูกกระสุนกรณีที่มีลูกกระสุนคาดอยู่สามารถประเมินทิศทางของแนวทุทางของกระสุนโดยการส่งตรวจถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ CT scan ควรใช้โลหะขีนเล็ก (metallic marker) ติดบริเวณปากแผลก่อน เพื่อประเมินอวัยวะภายในที่บาดเจ็บได้อย่างชัดเจน ในกรณีที่ไม่มี CT scan ก็ควรส่งผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสี film abdomen AP and lateral ซึ่งจะช่วยในการจินตนาการการบาดเจ็บเป็นภาพ 3 มิติของวิถีกระสุนกับอวัยวะที่อาจมีการบาดเจ็บได้

สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณซ่องห้อง ควรพิจารณาให้ความสนใจการบาดเจ็บซ่องห้องให้มากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีผนังหน้าห้องที่ไม่หนา ผิวหนังมีลักษณะบาง มีขั้นไขมันไม่มาก จนถึงกล้ามเนื้อหน้าห้องที่ยังไม่ค่อยแข็งแรง ทำให้การบาดเจ็บของอวัยวะในซ่องห้องเกิดขึ้นโดยง่าย ในขณะเดียวกันปฏิกริยาการตอบสนองของสัญญาณชีพต่าง ๆ ก็มีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ กล่าวคือ ในผู้ป่วยเด็กการเสียเลือดปริมาณหนึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเด็กได้ แม้การตอบสนองของร่างกายยังไม่ปรากฏให้เห็นเด่นชัด⁷

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

เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บซ่องห้องที่มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ตรวจพบมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกจากการประเมินวินิจฉัยผู้ป่วย (clinical diagnosis) ว่าจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด สามารถดำเนินการเพื่อผ่าตัดซ่องห้องได้โดยทันทีโดยไม่ต้องส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มได้ ๆ

สำหรับข้อบ่งชี้การบาดเจ็บซ่องห้องที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดในทันที ได้แก่

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บซ่องห้องกลไกจากแรงกระแทก (blunt abdomen) ที่มีเลือดออกมากในซ่องห้อง ตรวจพบสัญญาณชีพผิดปกติอยู่ในภาวะช็อค ซึ่งกรณีนี้อาจทำ FAST หรือ DP เพื่อยืนยันการเสียเลือดในซ่องห้องเพิ่มเติมได้ในช่วง primary surveys ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น

2. ผู้ป่วยบาดเจ็บซ่องห้องกลไกบาดแผลทิมทะลุ (penetrating abdominal injury) ที่ตรวจพบมีสัญญาณชีพผิดปกติอยู่ในภาวะช็อคและมีลักษณะชัดเจนทางคลินิกที่อธิบายได้ว่ามีการเสียเลือดในซ่องห้อง

3. ผู้ป่วยบาดเจ็บซ่องห้องที่มีอาการและอาการแสดงของเยื่อบุซ่องห้องอักเสบแบบกระจาย (generalized peritonitis) อย่างชัดเจน ทั้งการบาดเจ็บกลไกจากแรงกระแทก และการบาดเจ็บจากบาดแผลทิมทะลุ

4. ผู้ป่วยบาดเจ็บจากซ่องห้องบาดแผลทิมทะลุ ที่มีอวัยวะในซ่องห้องยื่นโผล่อกลางนอกซ่องห้องทางบาดแผลที่หน้าห้อง

5. ผู้ป่วยถูกกระสุนปืนยิงหรือถูกสะเก็ดระเบิดที่มีวิถีกระสุนหรืออาวุธทะลุผ่านเข้าซ่องห้อง

สำหรับในกรณีผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีข้อบ่งชี้จากข้อมูลทางคลินิกที่ต้องรับการผ่าตัดได้ในทันที สามารถส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมได้ โดยพิจารณาเลือกทำการส่งตรวจตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายโดยพิจารณาถึงข้อจำกัดทางศักยภาพของทางโรงพยาบาลเป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจ

การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่

Plain film abdomen supine, upright หรือ เพิ่ม chest upright (กรณี CXR ด้วยเรียกชุดฟิล์มนี้ว่า film acute abdomen series) เนื่องจาก ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคต่า ปัจจุบันใช้น้อยลงอย่างมาก และในปัจจุบันมี ct scan เข้ามาแทนที่ซึ่งจะสามารถบอกอาการบาดเจ็บของอวัยวะภายในได้ดีกว่า ในรพ. ที่มีข้อจำกัดทำได้เพียง plain film นั้น การส่งตรวจนี้ก็ถือว่า ยังพอจะประยุกต์อยู่บ้าง เช่น การพบ free air under dome of diaphragm ซึ่งบอกถึงว่ามีอวัยวะทางเดินอาหารในช่องท้องแตกหัก หรือการพบ retroperitoneal perinephric air ซึ่งบอกถึงว่ามี ลำไส้เล็กส่วนดูดโอดีนั่มแตกหัก เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยบาดเจ็บกลไกบาดแผลทิมทะลุ การส่ง film abdomen AP, Lateral ช่วยในความสามารถคาดคะเนวิถีกระสุนดังกล่าวไว้ข้างต้นได้

FAST (Focussed Assessment Sonography in Trauma) เป็นการทำอุลตระดาน์เพื่อตรวจภาวะมีเลือดออกซึ่งท้องหรือซองเยื่อหุ้มทวารไว ใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บซึ่งท้องกลไกแรงกระแทกเพื่อยืนยันว่ามีการเสียเลือดในซองท้องจริง ในกรณีได้ผลบวก FAST positive อาจพิจารณานำผู้ป่วยไปผ่าตัดซึ่งท้อง (Exploratory laparotomy) หรือจะพิจารณาให้การรักษาแนวใหม่ด้วยการไม่ผ่าตัด (Non operative management) โดยวิธีนี้ต้องมีการประเมินติดตามคนไข้เป็นระยะ ๆ ต่อไป

Computerized tomography (CT scan abdomen) เป็นการส่งตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่มีคุณภาพมีความละเอียดสูง สามารถบอกรถึงพยาธิสภาพของการบาดเจ็บในช่องท้องได้เป็นอย่างดี ทั้งการบาดเจ็บต่ออวัยวะในเยื่อบุช่องท้องและอวัยวะที่อยู่หลังเยื่อบุช่องท้อง (retroperitoneal injury) การตรวจมีการฉีดสารทึบสีทางหลอดเลือดดำ (iv contrast) เพื่อเพิ่มความไวในการวินิจฉัย และอาจให้สารทึบสีทางปาก (oral contrast) ในกรณีที่คิดถึงว่ามีการบาดเจ็บของทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น กระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนดูดอุดนิม หรือให้สวนสารทึบสีทางทวารหนัก (contrast enema) ในกรณีที่สงสัยการบาดเจ็บของทางเดินอาหารส่วนล่าง เช่น colon หรือ rectum ในกรณีทั้งนี้ฉีด iv และ oral และ enema รวมกันสามารถอย่างเรียก CT with triple contrast studies การส่งตรวจ CT scan มีข้อเสียคือต้องใช้เวลา และต้องยายผู้ป่วยไปทำการตรวจที่ห้องรังสี จึงไม่ควรทำในผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เพราะอาจไม่สามารถให้การรักษาช่วยเหลือชีวิตจากภัยคุกคามชีวิตที่รุนแรงได้ นอกจากนี้การแปลผลการตรวจอาจต้องพิจารณาถึงคุณภาพของเครื่อง CT scan รวมทั้ง ความสามารถในการอ่านแปลผลที่อาจมีผลบวกลบ หรือ ผลลบลวงได้ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของการตรวจชนิดนี้ ทั้งนี้ในการประเมินผลการบาดเจ็บของผู้ป่วยและอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บให้คำนึงถึงอาการทางคลินิก

(clinical presentation) เป็นสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีที่ผลของการตรวจ CT scan ไม่สอดคล้องกับอาการทางคลินิกให้ยิ่ดถืออาการผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการแปลผล และเลือกให้การรักษา

Diagnostic peritoneal lavage (DPL) เป็นการใส่หลอดสายยางลงไปในช่องเยื่อบุช่องท้อง ส่วนล่างบริเวณอุ้งเชิงกรานที่ cul-de-sac แล้วดูดໄ้เลือดเกิน 10 มล. หรือใส่น้ำเกลือเข้าในระดับสูง กว่าลำตัวผู้ป่วยใส่น้ำเข้าไปในช่องท้องลงไปปลายใน peritoneal cavity และนำน้ำนั้นออกมารวจ โดยยกขวดน้ำเกลือลงวางระดับต่ำกว่าผู้ป่วยโดยน้ำจะไหลย้อนกลับมาจากตัวผู้ป่วยผ่านสายน้ำเกลือกลับสู่ขวดน้ำเกลือ ถ้าส่งตรวจนับเซลล์พบ rbc >100,000/ มล. wbc >500/ มล. Amylase >175 iu/dl ย้อม gram stain พบเชื้อแบคทีเรีย หรือพบเศษอาหารหรือน้ำดีปนออกมารด้วย สิ่งเหล่านี้แปลว่าให้ผลบวก สามารถพิจารณานำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้องเพื่อรักษาต่อไป

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

Laparoscopy เป็นการผ่าตัดช่องท้องโดยเปิดแผลเล็ก เพื่อใช้กล้องวิดีโอดูเพื่อตรวจสำรวจบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องพร้อมให้การรักษา ที่ผ่านมาแม่การผ่าตัดผ่านกล้องจะได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ ในการรักษาโรคทางศัลยกรรมช่องท้อง แต่พบว่าวิธีนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมในการเลือกเป็นการรักษาในผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้องอย่างกว้างขวาง เพราะการผ่าตัดมีความยุ่งยาก เป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานานเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยวิธีอื่น และการผ่าตัดผ่านกล้องต้องใช้ความสามารถขั้นอยู่กับความชำนาญของผู้ผ่าตัดเป็นสำคัญ สำหรับการบาดเจ็บมีแผลฉีกขาดที่กระบังลม การผ่าตัดผ่านกล้องนี้มีความไวและความจำเพาะมากกว่าวิธีอื่น อีกทั้งยังสามารถเย็บซ้อมแผลฉีกขาดที่กระบังลมผ่านการส่องกล้องได้ด้วย การเลือกการผ่าตัดผ่านกล้องในกรณีนี้จึงเป็นที่นิยม โดยมีข้อดี คือแผลผ่าตัดมีขนาดเล็กและผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว (minimal invasive surgery) เมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบแผลเปิดช่องท้องแบบแผลมาตรฐาน Exploratory Laparotomy การผ่าตัดช่องท้องแบบแผลมาตรฐาน เป็นทั้งการสืบค้นวินิจฉัยอวัยวะที่บาดเจ็บ และใช้ในการรักษาในคราวเดียว กัน เป็นวิธีที่ถือว่าเป็นมาตรฐานในการตรวจสืบค้น (ในกรณีผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดจากข้อมูลทางคลินิก ที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น) และเป็นทั้งการรักษาเว้นแต่จะเลือกการรักษาแนวใหม่โดยไม่ผ่าตัด (Non-operative management, NOM) ซึ่งจะกล่าวต่อไปในหัวข้อการรักษา

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

ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังว่ามีหรือไม่ ใช้ในกรณีพิจารณาตัดสินใจเลือกรักษาผู้ป่วยแบบไม่ผ่าตัด โดยถ้าภายหลังพบภาวะผิดปกติสามารถทำการเปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วยเป็นแบบผ่าตัดได้

การรักษา (Treatment)

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

1.1 Definitive surgery เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้อง สำรวจการบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆ ทั่วช่องท้องพร้อมทำการรักษาจนเสร็จในคราวเดียวและเย็บผนังหน้าท้องและหรือเย็บผิวหนังปิดให้เรียบร้อย การผ่าตัดอาจใช้เวลาผ่าตัดนานจนเสร็จ เนื่องจากใช้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไม่รุนแรงมาก และสัญญาณชีพเป็นปกติ

1.2 Organ salvage surgery เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ทำการรักษาการบาดเจ็บของอวัยวะโดยพยายามเก็บรักษาอวัยวะไว้โดยไม่ตัดอวัยวนั้นทิ้ง เช่น ผ่ารักษาม้ามแตก ไตแตก โดยอาจทำด้วยวิธีการเย็บซ่อมหรือห่อรัดหยุดเลือดด้วยตาข่าย (mesh)

1.3 Damage control surgery เป็นการรีบผ่าตัดช่องท้องอย่างรวดเร็วเพื่อให้ใช้เวลาน้อยที่สุด โดยไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง โดยมีเป้าหมายทำการหยุดหรือชั่วคราวของการเสียเลือด และเย็บปิดรูฉีกขาดของลำไส้แบบชั่วคราว ผู้กรัด หรือ ตัดลำไส้เย็บปิดปลายไว้ เพื่อรักษาประทังชีวิตผู้ป่วยไว้ก่อน โดยประเมินแล้วถ้าทำการผ่าตัดแบบผ่าเสร็จในคราวเดียว แล้วผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรง หรือเกิดการเสียชีวิตขึ้นได้ จึงผ่าตัดเฉพาะสิ่งจำเป็นข้างต้นแล้วนำผู้ป่วยไปรักษาแก้ไขภาวะผิดปกติ เช่น สมดุลกรดด่าง อุณหภูมิกายต่ำ และการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ เป็นต้น ในหอภัยบาลผู้ป่วยวิกฤตก่อนเมื่อสภาวะต่าง ๆ ดีขึ้น ซึ่งใช้เวลาประมาณ 24-48 ชม. จึงนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อให้การรักษาอีกครั้งต่อไป

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

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

โดยบางสถาบันในต่างประเทศ ในระดับงานวิจัย ซึ่งต้องคอยติดตามต่อไปในอนาคตว่าจะได้รับการยอมรับในการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างกว้างขวางหรือไม่ อย่างไร

ผู้เขียนพบว่าการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด (Non operative treatment) นี้ได้เริ่มมีบทบาทในการรักษาที่ประเทศไทยมาประมาณ 20 กว่าปี จากงานวิจัยที่ผู้เขียนและคณะได้รายงานไว้ในขณะนั้นพบว่า วิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดยังไม่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย มีชีวิธีนี้ในการรักษาการบาดเจ็บที่ตับเพียงร้อยละ 2.9 เท่านั้น⁶ ในเวลาต่อมาผู้เขียนสังเกตว่าการรักษาวิธีนี้ได้รับความนิยมจนถือได้ว่า เป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพความพร้อมด้านอุบัติเหตุ (Trauma center) โดยเลือกให้การรักษาแบบนี้ในผู้ป่วยอุบัติเหตุซึ่งท้องจากกลไกแบบแรงกระแทกที่มีสัญญาณชีพดีคงที่

3. Radiological Intervention^{2,3}

เป็นการทำหัตถการการตรวจวินิจฉัย และรักษาด้วยการใช้สายสวนหลอดเลือดแดง (angiography) และทำการฉีดสารทึบสี เมื่อพบรหัสสิภาพมีแข็งของหลอดเลือดแดงฉีกขาดมีเลือดออก หรือมีการปริแตกໂປงพองของผนังหลอดเลือดแดง (false aneurysm) ก็จะทำการรักษาโดยการอุดแข็งหลอดเลือดนั้น (embolization) ในคราวเดียวกัน วิธีนี้ช่วยเพิ่มศักยภาพในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด โดยถ้าสามารถหยุดเลือดที่ออกจากหลอดเลือดแดงที่ฉีกขาดได้สำเร็จ ผู้ป่วยก็สามารถรักษาโดยไม่ผ่าตัด ต่อไปได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนแผนการรักษามาเป็นการผ่าตัด นอกจากนั้นบางกรณี เช่น การบาดเจ็บรุนแรง ที่รักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งท้องแล้วแต่ยังไม่สามารถหยุดเลือดได้สนิท การสวนหลอดเลือดแดงและรักษาซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการผ่าตัดที่ทำไปแล้ว หรือในกรณีที่การผ่าตัดทำได้ยากอาจรักษาโดยผ่าตัดเบื้องต้นเพื่อช่วยการเสียเลือดชั่วคราวแล้วรีบนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีสวนหลอดเลือดนี้ และดูแลรักษาต่อไป

สรุป

การบาดเจ็บซึ่งท้องเป็นการบาดเจ็บที่สำคัญที่ทำให้เกิดความรุนแรง และมีอันตรายถึงชีวิต ได้เนื่องจากมีอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะอยู่ภายใน การประเมินการบาดเจ็บไม่สามารถเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก โดยการบาดเจ็บเป็นภัยคุกคามที่ช่อนอยู่ภายในร่างกาย สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการบาดเจ็บในช่องท้องได้และได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี จึงต้องอาศัยการตระหนักรถึงว่า มีการบาดเจ็บนี้หรือไม่ และทำการหาข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยอย่างละเอียดถี่ถ้วนโดยอาศัยข้อมูลทั้งจากประวัติ กลไกการเกิดเหตุ อาการ อาการแสดง รวมถึงการสืบค้นส่งตรวจเพิ่มเติมที่เหมาะสม และการพิจารณาให้การรักษาอย่างเร่งด่วน และทันท่วงที

ເອກສາຮອ້າງອີງ

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: Brunicardi 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. ສມພລ ຖກ່າຍສມຄວິລ. Rectal Injury. ໃນ : ຂາຍເວີ້ນ ສຣັກພາທຸກ, ເຮົວຕ ທຸນທສຸວຣຣນກຸລ. ດຳຮາສ້າລຍຄາສຕ່ວ ອຸບັດເຫຼຸ 18. ກຽງເທິພາ: ສໍານັກພິມພົກຮູງເທິພາວິຊາ;2557. ໜ້າ 232-5.
5. ສມພລ ຖກ່າຍສມຄວິລ. Abdominal injury. ໃນ : ຈຸພຣ ສີຣິກຸລ, ແນວັດ ໂວວັດນາພານີ່, ກສຸມາ ຂິນອຮຸນໜ້າ. Trauma Ultimatum II: Essential Trauma Care for General Practitioner. ພິມພົກຮັງທີ 1. ກຽງເທິພາ: ພຣິນ໌ເອເບີລ;2562. ໜ້າ 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. ສມພລ ຖກ່າຍສມຄວິລ. Pediatric Trauma. ໃນ : ເລີສພົງສ ສມຈະຣີຕ, ສຸກາພຣ ໂອກາສານນໍ້. Update in Trauma Practice. ກຽງເທິພາ: ສໍານັກພິມພົກຮູງເທິພາວິຊາ;2556. ໜ້າ 173-85.