

รายงานผู้ป่วย

Case Report

ภาวะท่อไตขวาอุดตันแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน: รายงานผู้ป่วย

ลิขสิทธิ์ แสงรุ่งทอง พ.บ.*

สมชาย อินทศิริพงษ์ พ.บ.*

สมชาย เหลืองจาร์ พ.บ.*

อภิรักษ์ แก้วมณี พ.บ.**

* กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

** กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ สาเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องน้อยด้านขวาล่างกะทันหัน อาจจะเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน สายไตขวาอุดตัน และโรคของอวัยวะภายในของสตรีก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องวินิจฉัยแยกโรคให้ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็ว มิฉะนั้นแล้ว อาจนำไปสู่ผลการรักษาที่ไม่คาดได้ ดังที่พบในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเป็นหญิงไทย อายุ 55 ปี มีอาการปวดท้องน้อยด้านขวาตอนล่าง 1 วัน ไม่มีไข้ คลื่นไส้อาเจียนหลายครั้ง ตรวจร่างกาย บริเวณหน้าท้องพบว่าท้องตึง กดเจ็บทั่วๆ ไป เจ็บมากที่สุด McBurney พบมี rebound tenderness และ Rovsing's sign ตรวจเลือดพบว่า Hct 33.7%, WBC 17,700/mm³, platelet 480,000/mm³ N 91%, L 8%, creatinine 2.1 mg% ในขณะที่ผลตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว 50-100/HPF เม็ดเลือดแดง 3-5/HPF ให้การวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน และให้การรักษาด้วยการผ่าตัดไส้ติ่งออกอย่างเร่งด่วนภายใต้การวางยาสลบ ร่วมกับการให้ cefoxitin และ metronidazole เข้าเส้นเลือดดำ ผลการตรวจจุลพยาธิวิทยาของไส้ติ่งที่ตัดออกมาพบว่า มีการอักเสบเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดี แต่ก็ต้องกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งใน 2 สัปดาห์ด้วยอาการของไขกระดูกอักเสบ ร่วมกับ septicemia ตรวจเลือดพบ WBC 12,800/mm³, N 76%, L 13% ปัสสาวะมี WBC 10-20/HPF, RBC 1-2/HPF ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบว่า ท่อไตด้านขวาและไตขวาคั่งน้ำ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะตอนบน และมีการติดเชื้อในกระแสเลือดด้วย ให้การรักษาด้วยการฉีด imipenem และ metronidazole เข้าเส้น ผลเพาะเชื้อในเลือดและในปัสสาวะไม่ขึ้น ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา และถึงแก่กรรมภายใน 3 วัน โดยที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขการคั่งน้ำของสายไตและไต เชื่อว่าถ้าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทางช่องท้องตั้งแต่ครั้งแรก น่าจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมกว่านี้

คำสำคัญ: ภาวะท่อไตขวาคั่งน้ำ, ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

บทนำ

ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เป็นปัญหาเร่งด่วนในทางศัลยกรรมช่องท้องที่พบบ่อยที่สุด ต้องการการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเร่งด่วนและแม่นยำ ส่วนใหญ่ผู้ป่วย

มักปวดท้องรุนแรง เริ่มตั้งแต่ปวดบริเวณตรงกลางรอบๆสะดือ แล้วย้ายมาเจ็บที่สุด พร้อมกับการกดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวาล่าง ที่เรียกว่าจุด McBurney เป็นหลัก ภายใน 24 ชั่วโมง อาการอื่นที่อาจจะพบร่วมด้วยได้แก่ คลื่นไส้

อาเจียน ไข้ สาเหตุยังไม่ทราบชัดเจน อาจเกี่ยวข้องกับ การอุดตันของไส้ติ่งจากสาเหตุต่างๆ รวมทั้งอาหาร และกรรมพันธุ์⁽¹⁾ ตรวจเลือดมักพบเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ neutrophil มากกว่าร้อยละ 75.0 ตรวจทาง ทวารหนักมักกดเจ็บที่ด้านขวา การวินิจฉัยมักจะทำอาศัย เพียงการสัมภาษณ์ประวัติ การกดเจ็บที่จุด McBurney และเม็ดเลือดขาวสูงเป็นหลัก การยืนยันการวินิจฉัย อาจจะใช้การตรวจช่องท้องด้วยเครื่องสะท้อนคลื่นเสียง ความถี่สูง เทคนิค primary graded ซึ่งจะทำให้ความไวในการ วินิจฉัยร้อยละ 77.0 และความจำเพาะร้อยละ 86.0 ถ้าใช้ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แบบ complementary multi-detector จะมีความไวและความจำเพาะเพิ่มเป็นร้อยละ 100⁽²⁾ การรักษาที่สำคัญ คือการผ่าตัดไส้ติ่งโดยเร็ว ซึ่งอาจจะผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องได้ ซึ่งผลจะมีขนาดเล็กกว่า และกลับบ้านได้เร็วกว่า⁽³⁾

การวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบที่ดีจะต้องมีความไวและความแม่นยำสูง จึงจะไม่ทิ้งโรคไว้นานจนผู้ป่วยไส้ติ่งแตก ซึ่งอาจเป็นอันตราย แต่ก็ต้องระวังผลบวกลวง อาจเกิดการผ่าตัดไส้ติ่งปลอม เป็นการเพิ่มความเสี่ยงให้ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น โรคอื่นที่ต้องวินิจฉัยแยกจาก ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน มีทั้งโรคของทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้อุดตัน อุ้งน้ำอักเสบ ฯลฯ โรคทางระบบปัสสาวะ เช่น ท่อไตขวาอุดตัน, การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ฯลฯ โรคทางนรีเวช เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก อุ้งน้ำใน รังไข่แตก ฯลฯ และ โรคทางอายุรกรรมบางชนิด เช่น ลำไส้อักเสบ ปอดบวม diabetic keto-acidosis, ฯลฯ⁽¹⁾

บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย เบื้องต้นว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน นำไปสู่การผ่าตัด ไส้ติ่งทันที แต่ต้องมาเสียชีวิตด้วยโรคที่แสดงอาการคล้าย ไส้ติ่งอักเสบ ภายหลังจากที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งสำเร็จ แล้ว

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทย อายุ 55 ปี มีอาการปวดท้องน้อยด้านขวา อย่างกะทันหัน 1 วัน ไม่มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน 5 ครั้ง

ไม่เบื่ออาหาร ไม่ถ่ายอุจจาระ ประวัติเคยเป็นเบาหวาน มาก่อนและกินยามาอย่างต่อเนื่อง ตรวจร่างกายพบ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้งต่อนาที กดเจ็บบริเวณจุด McBurney กดแล้วปล่อยเจ็บ เสี่ยงการ เคลื่อนไหวลำไส้เบา

ตรวจเลือด: Hb 11.3 mg%, Hct 35.3%, WBC 21,400/มม³, platelet 478,000/มม³, N 94%, blood sugar 202 mg%, creatinine 2.1 mg%

ตรวจปัสสาวะ: WBC 50-100/HPF, RBC 3-5/HPF, โปรตีน 3+, น้ำตาล 4+ เพาะเชื้อไม่พบแบคทีเรีย ในกระแสเลือดและปัสสาวะ

ให้การวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน โดย โรคเดิมเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และได้ผ่าตัดไส้ติ่งออกแบบ เปิดแผลทันทีภายใต้การวางยาสลบ เมื่อพิจารณาด้วย ตาเปล่าพบว่าไส้ติ่งมีการอักเสบรุนแรง มี exudate แต่ผลจุลพยาธิวิทยาพบว่าไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเพียง เล็กน้อย ไม่พบ fecalith การรักษาทางยา คือ cefoxitin และ metronidazole เข้าหลอดเลือดดำ ระดับน้ำตาล คุมได้ดีด้วยการฉีด insulin

ผู้ป่วยไม่มีไข้ในระหว่างผ่าตัด ภายหลังจากผ่าตัดได้ 3 วัน จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

2 สัปดาห์ต่อมาผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง ด้วยเรื่องไข้เฉียบพลัน หนาวสั่น ปวดท้องน้อยด้านขวา 1 วัน อุณหภูมิ 39.0 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตตกต่ำ คล้ายแพทย์ตรวจพบการกดเจ็บเพียงเล็กน้อยที่หน้าท้องทู่ๆ ไป ตรวจเลือดพบ Hb 9.9 กรัม%, WBC 12,800/มม³ platelet 842,000/มม³, N 76.4%, ปัสสาวะมี WBC 10-20/HPF, RBC 10-20/HPF, protein 1+, sugar 2+ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องไม่พบฝีหนองในท้อง แต่พบท่อไตขวาและไตขวาคั่งน้ำ (right hydroureter and right hydronephrosis) ไม่พบตำแหน่งและสาเหตุที่ ท่อไตอุดตัน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นทางเดิน ปัสสาวะตอนบนอักเสบ และ septicemia โดยแหล่ง เชื้อโรคสำคัญสันนิษฐานน่าจะอยู่ที่การอุดตันของท่อไต ข้างขวา

ทำการเพาะเชื้อจากเลือด 2 ครั้ง และจากปัสสาวะ แต่ไม่พบเชื้อ

แพทย์ให้การรักษาด้วย imipenem และ metronidazole เข้าเส้น กับ nor-epinephrine ผู้ป่วยไม่ค่อยตอบสนองการรักษา ท่อไตและไตยังไม่ได้รับการแก้ไขการคั่งน้ำและอุดตันเพราะความดันโลหิตยังไม่เสถียร ผู้ป่วยถึงแก่กรรมภายใน 3 วันหลังเข้ารับการรักษา และแพทย์ไม่ได้รับอนุญาตให้ตรวจชันสูตรศพ

วิจารณ์

การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยรายนี้ใช้อาการทางคลินิกเป็นหลัก หากใช้ระบบคะแนนของ Alvarado 8 ข้อ ที่ประกอบด้วย บั๊จจัย 1 คะแนน ได้แก่ อุณหภูมิ $>37.3^{\circ}\text{C}$, rebound tenderness การย้ายที่ปวดมาสู่ท้องน้อยด้านขวา เบื่ออาหาร คลื่นไส้หรืออาเจียน และเม็ดเลือดขาวปล่อยตัวอ่อน บั๊จจัย 2 คะแนน ได้แก่ กดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวา และ เม็ดเลือดขาว $>10,000/\text{mm}^3$ ถ้าคะแนนรวมได้ 5 หรือ 6 คะแนนให้สังเกตอาการ ถ้าได้ 7 หรือ 8 คะแนน เข้าได้กับไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ถ้าได้ 9 หรือ 10 คะแนน ไซ้ไส้ติ่งอักเสบ แนะนำให้ผ่าตัด⁽⁴⁾ ผู้ป่วยมี rebound tenderness +1 ย้ายมาปวดที่ท้องน้อยขวา +1 อาเจียน +1 กดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวา +2 และเม็ดเลือดขาว $>10,000/\text{mm}^3$ +2 รวมเป็น 7 คะแนน ซึ่งเข้าได้กับไส้ติ่งอักเสบ ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการตรวจยืนยันด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งทันที ซึ่งเป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน⁽³⁾ แต่ผู้ป่วยต้องกลับเข้าโรงพยาบาลอีกครั้งใน 2 สัปดาห์ด้วย septicemia ซึ่งเชื่อว่าแหล่งกำเนิดของเชื้อคือทางเดินปัสสาวะตอนบน โดยมีเหตุชักนำ คือการอุดตันของท่อไตขวา และไตขวา ซึ่งสันนิษฐานว่า น่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ปวดท้องน้อยด้านขวาตั้งแต่ครั้งแรก จนดูเหมือนไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้⁽¹⁾

เมื่อพบแพทย์ครั้งแรก ผู้ป่วยมีเม็ดเลือดขาวมากใน

ปัสสาวะ น่าจะแสดงว่าทางเดินปัสสาวะอักเสบ แต่อย่างไรก็ตาม การพบเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะไม่สามารถตัดโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้โดยสิ้นเชิง เพราะมีผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบถึงร้อยละ 14.8 ที่มีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะมากกว่า 5 ตัวต่อกำลังขยายหัวสูง (HPF) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไส้ติ่งสัมผัสอยู่กับท่อไตหรือกระเพาะปัสสาวะ⁽⁵⁾ หรือไส้ติ่งอักเสบนานจนแตก โดยไม่มีทางเดินปัสสาวะอักเสบ⁽⁶⁾ ด้วยเหตุนี้การพบเม็ดเลือดขาวในทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยรายนี้ จึงได้รับการมองข้ามในครั้งแรก ยิ่งรวมกับการที่เพาะเชื้อในปัสสาวะไม่ขึ้นอีกด้วย แพทย์จึงมุ่งการผ่าตัดไส้ติ่งเป็นหลัก และแม้การอุดตันของท่อไต จะไม่ได้รับการแก้ไขในครั้งแรก แต่การได้รับยาปฏิชีวนะเข้าเส้นเลือดดำก็อาจจะช่วยรักษาการติดเชื้อของท่อไตได้ แต่เมื่อเปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ความเข้มข้นของยาอาจจะไม่มากพอ ทำให้เกิด septicemia และนำไปสู่การเสียชีวิตในครั้งหลังได้

Paajanen และ คณะ ได้เปรียบเทียบผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน กับผู้ป่วยนิ่วในท่อไตขวา กลุ่มละ 188 คน พบว่ากลุ่มแรก คลื่นไส้มากกว่า (ร้อยละ 81 vs. 11), มีไข้ และ ปวด McBurney มากกว่า (ร้อยละ 97 vs. 59), มีเม็ดเลือดขาวในเลือด $>14,000/\text{mm}^3$ vs. $10,000/\text{mm}^3$ ผู้ป่วยกลุ่มหลังมีอาการกดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวาเพียงร้อยละ 16 แต่พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะมากกว่า (ร้อยละ 92 vs. 26), มีเพียง 1 ใน 188 ราย ของกลุ่มแรกได้รับการวินิจฉัยผิดว่าเป็นนิ่ว ส่วนผู้ป่วยนิ่วได้รับการวินิจฉัยผิดเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันน้อยกว่ามาก เพียง 1-2 รายต่อ 700-800 ราย⁽⁷⁾ ในบางกรณีผู้ป่วยเป็นทั้งสองอย่างร่วมกัน ซึ่งเห็นได้จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ในกรณีเช่นนี้ แม้ผ่าไส้ติ่งอักเสบไปแล้ว แพทย์อาจต้องติดตามอาการของผู้ป่วยต่อไปว่า ยังคงมีอาการทางไตอยู่หรือไม่⁽⁸⁾

ผู้ป่วยรายนี้ หากได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง⁽⁹⁾ หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตั้งแต่ปวดท้องครั้งแรก⁽¹⁰⁾ อาจพบการอุดตันของท่อไต และได้รับการแก้ไขไปก่อนแล้ว สมาคมศัลยแพทย์ของไทย

ยังคงแนะนำให้ใช้เครื่องมือทางรังสีช่วยวินิจฉัยเฉพาะรายที่อาการทางคลินิกไม่ชัดเจนเท่านั้น⁽¹¹⁾ เครื่องมือเหล่านี้แม้จะราคาแพงและไม่สะดวกทุกที่แต่ก็สามารถใช้ยืนยันการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ และตัดประเด็นโรคอื่นที่คล้ายคลึงกันได้ดี⁽¹²⁾ การทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศก็พบชัดเจนว่า เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สามารถวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้ไวกว่า ถูกต้องกว่า และค่าทำนายเชิงลบสูงกว่า⁽¹³⁾

เอกสารอ้างอิง

- Humes DJ. Acute appendicitis. *Br Med J* 2006;333:530-4.
- Poortman P, Oostvogel HJ, Bosma E, Lohle PN, Cuesta MA, de Lange-de Klerk ES, et al. Improving diagnosis of acute appendicitis: results of a diagnostic pathway with standard use of ultrasonography followed by selective use of CT. *J Am Coll Surg* 2009;208:434-41.
- Ruffolo C, Fiorot A, Pagura G, Antoniutti M, Massani M, Caratozzolo E, et al. Acute appendicitis: what is the gold standard of treatment? *World J Gastroenterol* 2013;19:8799-807.
- Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* 1986;15:557-64.
- Wei CS, Wu HP, Chang YJ. Routine urinalysis in patients with acute appendicitis. *J Emerg Crit Care Med* 2007;18:71-8.
- Chen CY, Zhao LL, Lin YR, Wu KH, Wu HP. Different urinalysis appearances in children with simple and perforated appendicitis. *Am J Emerg Med* 2013;31:1560-3.
- Paajanen H, Tainio H, Laato M. A chance of misdiagnosis between acute appendicitis and renal colic. *Scand J Urol Nephrol* 1996;30:363-6.
- Khallouk A, Ahallal Y, Ahsaini M, Elfassi MJ, Farih MH. Appendiceal abscess revealed by right renal colic and hydronephrosis. *Rev Urol* 2011;13:53-5.
- Pinto F, Pinto A, Russo A, Coppolino F, Bracale R, Fonio P, et al. Accuracy of ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis in adult patients: review of the literature. *Crit Ultrasound J* 2013; 5 Suppl 1: S2. doi: 10.1186/2036-7902-5-S1-S2. Epub 2013 Jul 15.
- Toorenvliet BR, Wiersma F, Bakker RF, Merkus JW, Breslau PJ, Hamming JF. Routine ultrasound and limited computed tomography for the diagnosis of acute appendicitis. *World J Surg* 2010; 34: 2278-85. doi: 10.1007/s00268-010-0694-y.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 พ.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.rcst.or.th/view.php?group=8&id=203>
- Drake FT, Flum DR. Improvement in the diagnosis of appendicitis. *Adv Surg* 2013;47:299-328.
- Petroianu A. Diagnosis of acute appendicitis. *Int J Surg* 2012;10:115-9.

Abstract: Right Ureteric Colic Misdiagnosed as Acute Appendicitis: a Case Report

Lickhasit Sanglutong, M.D.*; Somchai Insiripong, M.D.*; Somchai Luengjaru, M.D.*; Apinan Kaewmanee, M.D.**

* Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital; ** Department of Surgery, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand

Journal of Health Science 2017;26:1143-7.

For the patients who present with the acute right lower quadrant (RLQ) pain, the common causes are the acute appendicitis, right ureteric colic and gynecological conditions. They need to be definitely distinguished for the rapid and proper management otherwise it may lead to the unexpected outcome as our case. She was a 55-year-old Thai patient who presented with acute right lower quadrant pain and nausea, vomiting without fever for one day. The physical examination revealed generalized guarding, marked tenderness at McBurney's point with rebound tenderness, and positive Rovsing's sign. The blood tests showed: Hct 33.7%, WBC 17,700/mm³, platelet 480,000/mm³, N 91%, L 8%, serum creatinine 2.1 mg% whereas the urinalysis revealed WBC 50-100/HPF, RBC 3-5/HPF. She was diagnosed as acute appendicitis and immediately treated with appendectomy under the general anesthesia and intravenous cefoxitin and metronidazole. The microscopic pathology of the resected appendix was mild inflammation. She seemed responsive well but two weeks later, she was emergently admitted again because of the sudden onset of fever and septicemia. The blood test showed WBC 12,800/mm³, N 76%, L 13% whereas the urine had WBC 10-20/HPF, and RBC 1-2/HPF. The computerized tomography of the whole abdomen showed the right hydroureter and right hydronephrosis. The upper urinary tract infection with septicemia was diagnosed and parenteral imipenem and metronidazole were administered. The bacterial cultures from the blood and urine yielded nothing. She did not respond to therapy and passed away in 3 days of admission while the right ureteric obstruction was waiting for the surgical correction. If our case had been examined with the computerized tomography of the whole abdomen in the first admission, she would have received the more appropriate management.

Key words: right ureteric colic, acute appendicitis