

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง (Management of abdominal trauma)

ผศ.นพ.สมพล ฤกษ์สมถวิล

การบาดเจ็บช่องท้องเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยอุบัติเหตุ เนื่องจากในช่องท้องมีอวัยวะที่สำคัญ หลายอย่างได้แก่ ม้าม ไต ทางเดินอาหาร และหลอดเลือดใหญ่ หากมีการบาดเจ็บอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ฉะนั้นแนวทางดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทั่วไปจึงควรพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บช่องท้องร่วมด้วยหรือไม่ โดยการซักประวัติเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบาดเจ็บอย่างไร การทราบกลไกการเกิดเหตุอย่างละเอียด รวมทั้งตำแหน่งและทิศทางของแรงที่กระทำต่อร่างกายทั้งในกรณีจากการกระแทก (blunt injury) หรือแบบทะลุทะลวง (penetrating injury)จะเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการคิดและวางแผนการวินิจฉัยและการสืบค้นการบาดเจ็บในขั้นตอนต่อไป การซักถามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยสามารถบ่งบอกและอธิบายเกี่ยวกับอวัยวะที่จะได้รับบาดเจ็บภายในช่องท้องได้ ทั้งนี้ถ้าเป็นช่องท้องส่วนบนเป็นตำแหน่งที่มีการคาบเกี่ยวกันระหว่างช่องอกและช่องท้อง (thoraco-abdominal region) การบาดเจ็บบริเวณนี้ก็ควรคำนึงถึงอวัยวะที่จะได้รับการบาดเจ็บทั้งช่องอกและช่องท้องไปพร้อมกัน ในกรณีเดียวกัน การบาดเจ็บบริเวณช่องท้องส่วนล่างก็อาจคาบเกี่ยวกับการบาดเจ็บของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (pelvic cavity) ด้วยเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ในการพิจารณาตำแหน่งของอวัยวะในช่องท้องว่าเป็นอวัยวะที่อยู่ภายในช่องท้อง (intra abdominal organ) หรืออวัยวะที่อยู่หลังเยื่อช่องท้อง (retroperitoneal organ) ก็มีความสำคัญในการอธิบายอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ตลอดจนแนวทางการตรวจวินิจฉัยสืบค้นด้วย กล่าวคือ เมื่อมีการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องอาการและอาการแสดง (abdominal signs) ก็จะชัดเจนและมีลักษณะกระจาย (generalized peritonitis) ส่วนการบาดเจ็บของอวัยวะหลังเยื่อช่องท้อง (retroperitoneal organ) จะมีลักษณะเฉพาะที่ (localized peritonitis) ซึ่งอาจมีอาการและการตรวจร่างกายในบริเวณที่มีพยาธิสภาพที่ไม่ชัดเจนเท่าการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง การบาดเจ็บบางชนิดจะมีร่องรอยการบาดเจ็บเป็นลักษณะเฉพาะและสามารถบ่งบอกอวัยวะที่จะได้รับบาดเจ็บบ่อยๆ ได้ เช่น seatbelt injury จะเห็นรอยคาดของสายรัดเข็มขัดนิรภัย อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยในกรณีนี้คือลำไส้และชั่วหลอดเลือดเลี้ยงลำไส้และอาจมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังด้วย ส่วน bicycle handle injury จะเกิดอุบัติเหตุที่รถจักรยานล้มหรือ steering wheel injury จากการกระแทกของพวงมาลัยรถยนต์ จะพบมีการกระแทกเข้า

ที่ท้องส่วนบนและมักพบการบาดเจ็บของตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้น duodenum ได้ จะเห็นว่าร่องรอยการบาดเจ็บที่พบจะช่วยให้ผู้ตรวจนึกถึงการบาดเจ็บของอวัยวะที่พบบ่อยและเป็นแนวทางในการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยต่อไป¹⁻⁴

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง¹⁻³

ขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้อง เบื้องต้นควรได้รับการดูแลปัญหาที่คุกคามเป็นอันตรายต่อชีวิตก่อนตามหลักการของ Advanced trauma life support เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นชีวิตและมีสัญญาณชีพที่ดีก่อนในขั้นตอนของ primary surveys ซึ่งในกรณีถ้าพบผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ไม่ดี (hemodynamic unstable) การสูญเสียเลือดในช่องท้องอาจเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ต้องนึกถึงเสมอและผู้ตรวจควรตรวจร่างกายหาลักษณะภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น abdominal distension, peritoneal sign อาจทำอัลตราซาวด์ช่องท้อง FAST หรือ diagnostic peritoneal lavage (DPL) เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะเลือดออกในขั้นตอนนี้และรีบในการรักษาโดยการนำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้องในทันทีที่พบว่ามีภาวะเลือดออกในช่องท้องจำนวนมาก ในกรณีผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติการตรวจและการตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บทั้งหมดรวมถึงการบาดเจ็บช่องท้องอย่างละเอียดสามารถทำได้ในช่วง secondary surveys โดยการรวบรวมประวัติอย่างละเอียด อาการและอาการแสดงที่ตรวจพบดังกล่าวไว้ข้างต้น และพิจารณาส่งตรวจวินิจฉัยสืบค้นเพิ่มเติมและให้การรักษาต่อไป

การบาดเจ็บช่องท้องแบบแรงกระแทก (blunt abdomen) การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องโดยส่วนใหญ่มักเกิดกับอวัยวะที่มีลักษณะเป็นเนื้อแน่น (solid organ) เช่น ตับ ม้าม และไต จากงานวิจัยของผู้เขียนและคณะที่เคยรวบรวมผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราชพบว่า ตับเป็นอวัยวะที่เกิดการบาดเจ็บมากที่สุดจากกลไกนี้ โดยจากข้อมูลจะพบการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วย FAST, DPL, CT ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ค่อนข้างคงที่⁵ ถึงแม้ว่าแนวการตรวจวินิจฉัยตามประสบการณ์ของผู้เขียนในช่วงระยะ 10 กว่าปีที่ผ่านมา อัตราการใช้ FAST จะได้รับความนิยมอย่างมากจนเรียกได้ว่าทำในคนไข้เกือบทุกรายก็ตาม ขณะเดียวกันการใช้ DPL ก็นิยมน้อยลงมากจนแทบไม่ค่อยพบเห็น ขณะเดียวกันการใช้ CT scan ก็กลับได้รับความนิยมสูงขึ้นมากเช่นกัน

กรณีบาดเจ็บแบบทะลุ (penetrating injury) ถ้ามีเลือดออกให้กดห้ามเลือดไว้ ถ้าบาดเจ็บใหญ่มีส่วนของลำไส้หรือแผ่นไขมัน omentum ยื่นโผล่จากปากแผลไม่ควรจับส่วนที่ยื่นโผล่ยึดกลับเข้าช่องท้องแต่ให้ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลืออุ่นห่อหุ้มไว้ กรณีบาดเจ็บที่ผนังหน้าท้องไม่มีอวัยวะในช่อง

ท้องโผล่มา ไม่ให้ใช้นิ้วหรืออุปกรณ์อื่นแยงสำรวจความลึกของแผลว่าเข้าช่องท้องหรือไม่ การสำรวจความลึกนี้ให้ทำภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่และปราศจากเชื้อ เรียกว่า local wound exploration (LWE) เพื่อดูว่าปลายแผลนั้นจะทะลุผ่านเข้าช่องท้องหรือไม่ หัตถการนี้ใช้สำหรับสำรวจแผลแทงทะลุทางช่องท้องด้านหน้าเท่านั้น (anterior abdomen) ไม่เหมาะใช้กับการสำรวจแผลที่อยู่ด้านข้างลำตัวหรือทางด้านหลัง และแผลที่อยู่ระหว่างช่องที่โครง สำหรับแผลที่ยังมีมิดหรืออาวุธปักคาอยู่ ไม่ควรดึงออกในห้องตรวจเพราะอาจทำให้เลือดที่หยุดอยู่ชั่วคราวอาจมีเลือดพุ่งออกมาใหม่ได้ ควรไปทำในห้องผ่าตัดที่มีการเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดหยุดเลือดเท่านั้น ในกรณีที่วัสดุที่แทงคาอยู่มีขนาดยาวให้ใช้การตัดวัสดุนั้นให้สั้นลงโดยไม่ดึงออกมา

ถ้าเป็นแผลถูกกระสุนปืนควรตรวจหาอาวุธทะลุเข้าและออกเพื่อที่จะคาดคะเนวิถีกระสุนว่าแนวกระสุนจะทะลุผ่านหรือเข้าช่องท้องหรือไม่ ในการคะเนวิถีกระสุนจากตำแหน่งทางเข้าและออก หรือตำแหน่งที่มีลูกกระสุนรวมถึงประเมินทิศทางของการทะลุทะลวงควรใช้โลหะชิ้นเล็ก (metallic marker) ติดบริเวณปากแผลแล้วนำไปถ่ายภาพรังสี CT scan เพื่อดูทิศทางทางผ่านของกระสุน ตำแหน่งของหัวกระสุน รวมทั้งอวัยวะภายในที่บาดเจ็บได้อย่างชัดเจน ในกรณีที่ไม่มี CT scan ก็ควรส่งผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสี film abdomen AP and lateral ซึ่งจะช่วยในการจินตนาการการบาดเจ็บเป็นภาพ 3 มิติของวิถีกระสุนกับอวัยวะที่อาจมีการบาดเจ็บอย่างคร่าวๆได้

สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง ควรพิจารณาให้ความสงสัยให้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีผนังหน้าท้องที่บางตั้งแต่ผิวหนัง ชั้นไขมันจนถึงกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ยังไม่ค่อยแข็งแรง การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องจะเกิดขึ้นโดยง่าย ในขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพต่างๆมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ การเสียเลือดปริมาณหนึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเด็กได้ในขณะที่การตอบสนองของร่างกายยังไม่เด่นชัด⁶

การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (investigation)¹⁻³

ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะไหลเวียนเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะที่บ่งชี้จากการตรวจและข้อมูลทางคลินิก (clinical diagnosis) ว่ามีจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้จากข้อมูลทางคลินิกในการผ่าตัด **ไม่มีความจำเป็น** ต้องตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมใดๆ ให้ทำการผ่าตัดได้เลยทันทีได้แก่

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากแรงกระแทก (blunt abdomen) ที่เสียเลือดมากในช่องท้อง จนสัญญาณชีพผิดปกติอยู่ในภาวะช็อคซึ่งกรณีนี้อาจทำ FAST หรือ DPL เพื่อยืนยันการเสียเลือดในช่องท้องเพิ่มเติมได้ในช่วง primary surveys ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น

2. ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบทะลุ (penetrating abdominal injury) ที่มีสัญญาณชีพผิดปกติอยู่ในภาวะช็อคและมีลักษณะชัดเจนที่อธิบายได้ว่าการเสียเลือดในช่องท้อง

3. ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีอาการและอาการแสดงของเยื่อช่องท้องแบบกระจาย (generalized peritonitis) อย่างชัดเจน ทั้งการบาดเจ็บแบบกระแทก และการบาดเจ็บแบบทะลุ

4. ผู้ป่วยบาดเจ็บจากช่องท้องแบบทะลุที่มีอวัยวะในช่องท้องยื่นโผล่ออกมาทางบาดแผลหน้าท้อง

5. ผู้ป่วยถูกกระสุนปืนยิงหรือถูกสะเก็ดระเบิดที่มีวิถีกระสุนหรืออาวุธทะลุผ่านเข้าช่องท้อง ในกรณีที่สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่มีข้อบ่งชี้จากลักษณะทางคลินิกที่ต้องทำการผ่าตัดช่องท้อง ให้พิจารณาเลือกทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายโดยพิจารณาถึงข้อจำกัดทางศักยภาพของทางโรงพยาบาลเป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจ การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมได้แก่

Plain film abdomen supine, upright หรือ เพิ่ม chest upright (กรณีมี CXR ด้วยเรียก acute abdomen series) ปัจจุบันใช้น้อยลงอย่างมาก เนื่องจาก ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคต่ำและในปัจจุบันมี CT Scan เข้ามาแทนที่ซึ่งจะบอกการบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในได้ดีกว่า ในรพ.ที่มีข้อจำกัดทำได้เพียง plain film นั้นก็ถือว่ายังพอมีประโยชน์อยู่บ้าง เช่น พบ free air under dome of diaphragm หรือพบ retroperitoneal perinephric air ซึ่งบ่งชี้ถึงว่ามีลำไส้แตกทะลุ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยบาดเจ็บแบบแทงทะลุ การส่ง film abdomen AP, Lateral ช่วยในเราคะเนวิถีกระสุนดังกล่าวไว้ข้างต้นได้

FAST (Focussed assessment sonography in trauma patient) เป็นการทำอัลตราซาวนด์เพื่อตรวจภาวะมีเลือดออกช่องท้องและเยื่อหุ้มหัวใจ ใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบกระแทก เพื่อยืนยันว่าการตกเลือดในช่องท้องจริง ในกรณีได้ผลบวก FAST positive อาจนำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้อง (Exploratory laparotomy) หรือจะพิจารณาให้การรักษาแนวใหม่ด้วยการไม่ผ่าตัด (Non operative management) โดยติดตามคนไข้เป็นระยะๆ ซึ่งจะกล่าวต่อไปก็ได้

Computerized tomography (CT scan) abdomen เป็นการตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่มีความละเอียดสูง สามารถบ่งบอกพยาธิสภาพของการบาดเจ็บในช่องท้องได้เป็นอย่างดีทั้งการบาดเจ็บต่ออวัยวะในเยื่อบุช่องท้องและอวัยวะที่อยู่หลังเยื่อบุช่องท้อง (retroperitoneal injury) การทำควอดริสสารทึบรังสีทางหลอดเลือดดำ(iv contrast) เพื่อเพิ่มความไวในการวินิจฉัยและอาจให้สารทึบรังสีทางปาก (oral contrast)ในกรณีที่สงสัยการบาดเจ็บของทางเดินอาหารส่วนบนเช่น stomach หรือ duodenum หรือให้สวนสารทึบรังสีทางทวารหนัก (contrast enema)ในกรณีที่สงสัยการบาดเจ็บของทางเดินอาหารส่วนล่างเช่น colon หรือ rectum ในกรณีทั้งฉีด iv และ oral และ enema รวมกันสามอย่างเรียก CT with triple contrast studies การส่งตรวจ CT scanมีข้อเสียคือต้องย้ายผู้ป่วยไปทำการตรวจที่ห้องรังสีและต้องใช้เวลา จึงไม่ควรทำในผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่ปกติ นอกจากนี้การแปลผลการตรวจให้พิจารณาถึงคุณภาพของเครื่อง CT scan รวมทั้ง ความสามารถในการอ่านแปลผลที่อาจมี false positive หรือ false negative ได้ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของการตรวจชนิดนี้ ทั้งนี้ในการประเมินการบาดเจ็บของผู้ป่วยให้คำนึงถึงอาการทางคลินิก (clinical presentation) เป็นสำคัญ ถ้าผลของการตรวจ CT scan ไม่สอดคล้องกับอาการทางคลินิกให้ยึดถืออาการผู้ป่วยเป็นสำคัญ

Diagnostic peritoneal lavage (DPL) เป็นการใส่สายยางลงไปในเยื่อบุช่องท้องที่ cul-de-sac แล้วดูดได้เลือดเกิน 10 มล.หรือใส่น้ำเกลือลงไปละลายใน peritoneal cavityแล้วนำน้ำนั้นออกมาตรวจ ถ้าพบ rbc > 100,000/ มล. wbc> 500/ มล. Amylase > 175 iu/ dl ย้อม gram stain พบเชื้อแบคทีเรีย หรือพบเศษอาหารหรือน้ำดีปนออกมา เหล่านี้แปลว่าให้ผลบวก สามารถนำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้องเพื่อรักษาต่อไป

Local wound exploration (LWE) ใช้ตรวจความลึกของแผลถูกมีดแทงบริเวณช่องท้องด้านหน้าเท่านั้น ถ้าให้ผลลบคือไม่เข้าช่องท้องสามารถทำการเย็บแผลและให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ถ้าผลบวกให้พิจารณาทางเลือกในการรักษาต่อไป เช่นทำ CTหรือ DPL หรือดูอาการและตรวจร่างกายติดตามเป็นระยะ (serial physical examination) โดยพิจารณาตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและคำนึงถึงศักยภาพของโรงพยาบาล

Laparoscopy เป็นการผ่าตัดแผลเล็กโดยใช้กล้องส่องเพื่อตรวจการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องพร้อมให้การรักษา วิธีนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางเพราะขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้ผ่าตัดเป็นสำคัญ สำหรับการบาดเจ็บมีการฉีกขาดของกระบังลม วิธีนี้มีความไวและความจำเพาะมากกว่าวิธีอื่นอีกทั้งยังสามารถเย็บซ่อมแผลฉีกขาดที่กระบังลมผ่านการส่องกล้องได้ มีข้อดีคือแผลผ่าตัดมีขนาดเล็กและผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว (minimal invasive surgery)

Exploratory Laparotomy การผ่าตัดช่องท้องเป็นทั้งการสืบค้นวินิจฉัยอวัยวะที่บาดเจ็บ และใช้ในการรักษาในคราวเดียวกัน ได้รับความนิยมน้อยตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่สอง ให้ถือว่าเป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจสืบค้น (ในกรณีผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดจากข้อมูลทางคลินิก ที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น) และเป็นทั้งการรักษาไว้แต่จะเลือกการรักษาแนวใหม่โดยไม่ผ่าตัด (Non-operative treatment) ซึ่งจะกล่าวต่อไปในหัวข้อการรักษา

Serial physical examination (serial PE) เป็นการตรวจร่างกายติดตามเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และความรุนแรงของภาวะเลือดออกนอกอวัยวะในช่องท้อง รวมทั้งติดตามอาการและอาการแสดงของการอักเสบเยื่อช่องท้อง (peritonitis) ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังว่ามีหรือไม่ ใช้ในกรณีพิจารณาตัดสินใจเลือกรักษาผู้ป่วยแบบไม่ผ่าตัด โดยถ้าภายหลังพบภาวะผิดปกติสามารถทำการเปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วยเป็นแบบผ่าตัดได้

การรักษา (Treatment)

1. Operative treatment^{2,3}

1.1 Definitive surgery ผ่าตัดสำรวจการบาดเจ็บทั่วช่องท้องพร้อมให้การรักษาให้เรียบร้อย ใช้เวลาผ่าตัดนานจนเสร็จในครั้งเดียว เหมาะใช้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไม่รุนแรงมากและสัญญาณชีพเป็นปกติ

1.2 Organ salvage surgery เป็นการผ่าตัดที่พยายามเก็บรักษาอวัยวะเช่น ม้าม ไต ให้ได้โดยไม่ตัดทิ้ง อาจทำการเย็บซ่อมหรือห่อรัดหยุดเลือดด้วยตาข่าย (mesh)

1.3 Damage control surgery เป็นการรีบผ่าตัดอย่างรวดเร็วโดยใช้เวลาน้อยที่สุดไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมงโดยทำการหยุดหรือชะลอการเสียเลือด และปิดรูฉีกขาดของลำไส้แบบชั่วคราว เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ก่อนแล้วนำผู้ป่วยไปรักษาแก้ไขภาวะผิดปกติ เช่น สมดุลกรดด่าง อุณหภูมิร่างกายต่ำ และการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ เป็นต้นในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต เมื่อสภาวะต่างๆ ดีขึ้นซึ่งใช้เวลาประมาณ 24 - 48 ชม. จึงนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อให้การรักษาต่อไป

2. Non operative treatment^{2,3}

การรักษาแนวใหม่โดยไม่ผ่าตัด ใช้สำหรับในบางกรณี ได้แก่ในการรักษาการบาดเจ็บที่มีการฉีกขาดหรือเลือดออกของ solid organ จากการกระแทก (blunt injury) เช่น ตับ ม้าม ไต ที่มีเลือดออกไม่มากมีภาวะสัญญาณชีพเป็นปกติและการบาดเจ็บที่ดูจาก CT scan ไม่รุนแรงมาก โดยการรักษาแนวนี้ทีมแพทย์ต้องมีศักยภาพเพียงพอที่จะมีแพทย์ตรวจเป็นระยะ (serial PE) และโรงพยาบาลมีศักยภาพ

เพียงพอในการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้อย่างทันทีหลังจากติดตามอาการผู้ป่วยแล้วไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยโดยการไม่ผ่าตัดต่อไปได้ สำหรับการรักษาผู้ป่วยแบบไม่ผ่าตัดนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บแบบแทงทะลุทั้งจากมีดหรือของมีคมแทงหรือจากกระสุนปืนมีการเลือกเป็นการรักษาในบางสถาบันในต่างประเทศ มีผลรายงานว่ามีการใช้ในระดับงานวิจัย ซึ่งต้องคอยติดตามต่อไปในอนาคตว่าจะได้รับการยอมรับในการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างกว้างขวางหรือไม่ อย่างไร

ผู้เขียนพบว่าการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด (Non operative treatment) นี้ได้เริ่มมีบทบาทในการรักษาที่ประเทศไทยมาประมาณ 20 กว่าปี จากงานวิจัยที่ผู้เขียนและคณะได้รายงานไว้ พบว่าวิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดยังไม่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย มีใช้วิธีนี้ในการรักษาการบาดเจ็บที่ตับเพียงร้อยละ 2.9 เท่านั้น⁵ ในเวลาต่อมาผู้เขียนสังเกตว่าการรักษาวิธีนี้ได้รับความนิยมจนถือได้ว่าเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพความพร้อมด้านอุบัติเหตุในการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้องจากกลไกแบบแรงกระแทกที่มีสัญญาณชีพคงที่

3. Radiological Intervention^{2,3}

เป็นการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยการใช้สายสวนหลอดเลือดแดง (angiography) เมื่อพบพยาธิสภาพแขนงของหลอดเลือดแดงที่ฉีกขาดมีเลือดออกหรือมีการแตกโป่งพองของผนังหลอดเลือด (false aneurysm) ก็จะทำการรักษาโดยการอุดแขนงหลอดเลือดนั้น (embolization) วิธีนี้ช่วยเพิ่มศักยภาพในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด โดยถ้าหยุดเลือดที่ออกจากหลอดเลือดแดงที่ฉีกขาดได้สำเร็จผู้ป่วยก็ไม่ต้องเปลี่ยนแผนการรักษามาเป็นการผ่าตัด นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการผ่าตัดหยุดเลือดในกรณีการผ่าตัดทำได้ยาก โดยจะทำการผ่าตัดชะลอการเสียเลือดชั่วคราวแล้วรีบนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Surgeons: Committee on trauma. Advanced trauma life support program for doctors. 9th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2012. p 122-40.
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 ศรัทธาพุทธ, เรวัต ชุณหสวัณกุล, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 18. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2557. หน้า 232-5.
5. Roeksomtawin S, Siltram S, Sakolsattayatorn P, Chuthapisth S. Liver injury in Siriraj Hospital. Siriraj Hosp Gaz 2004; 56(1): 18-25.
6. สมพล ฤกษ์สมถวิล. Pediatric Trauma. ใน : เลิศพงศ์ สมจิต, สุภาพร โอภาสานนท์, บรรณาธิการ. Update in Trauma Practice. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2556. หน้า 173-85.