

ภาวะไส้ติ่งอักเสบในสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

อุดม วงศ์วัฒนฤกษ์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ไส้ติ่งอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมที่พบบ่อยที่สุดในสตรีตั้งครรภ์ การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบขณะตั้งครรภ์ทำได้ยากและล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่ตั้งครรภ์ ทำให้เกิดผลแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกในครรภ์ มีรายงานจำนวนน้อยที่กล่าวถึง อุบัติการณ์ ลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัยโดยคลื่นเสียงความถี่สูง การคลอดก่อนกำหนด และการใช้ยาคลายมดลูกในภาวะนี้ **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัย และภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นไส้ติ่งอักเสบ ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา **ผู้ป่วยและวิธีการ:** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยรวบรวมและทบทวนข้อมูลย้อนหลัง จากเวชระเบียนในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ ที่กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2546 ถึง 31 ธันวาคม 2550 รวมระยะเวลา 5 ปี และแสดงผลโดยสถิติเชิงพรรณนา **ผลการศึกษา:** มีสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 83 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบขณะตั้งครรภ์ อุบัติการณ์ไส้ติ่งอักเสบในสตรีตั้งครรภ์เท่ากับ 1:496 ของการคลอดอายุผู้ป่วยเฉลี่ย 24.4 ± 5.4 ปี (14-39 ปี) อายุครรภ์ที่พบบ่อยมากอยู่ในไตรมาสสอง ผู้ป่วยทั้งหมดมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องและมาโรงพยาบาลภายใน 24 ชม. ร้อยละ 87.3 อาการปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวาในไตรมาสหนึ่ง สอง และสาม พบร้อยละ 95.8, 71.8 และ 75.0 ตามลำดับ พบอาการคลื่นไส้ร้อยละ 60.8 อาเจียนร้อยละ 55.7 ตรวจร่างกายมีไข้เท่ากับหรือมากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส ร้อยละ 64.6 ทุกรายกดเจ็บท้องน้อยด้านขวาสอดคล้องกับอาการ ตรวจพบ rebound tenderness ร้อยละ 62.0 abdominal guarding ร้อยละ 13.9 ภาวะ leukocytosis และ neutrophilia พบได้ร้อยละ 84.8 และ 50.6 ตามลำดับ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงช่วยในการวินิจฉัยร้อยละ 14.3 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบแผลอักเสบ ร้อยละ 1.3 ไส้ติ่งอักเสบในไตรมาสแรกมีอัตราแท้งเองร้อยละ 12.5 ในไตรมาสสองไม่มีรายใดที่แท้งหรือคลอดก่อนกำหนดแม้ไม่ได้รับยาคลายมดลูก ส่วนในไตรมาสที่สาม มีอุบัติการณ์เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร้อยละ 25.0 และส่วนมากตอบสนองต่อการรักษาด้วย tocolytic drug **สรุป:** การตรวจหน้าท้องในไตรมาสแรกไม่แตกต่างจากผู้ป่วย

ที่ไม่ตั้งครรภ์แต่ตำแหน่งที่ปวดจะเลื่อนสูงขึ้นในไตรมาสสองและสาม การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงช่วยในการวินิจฉัยร้อยละ 14.3 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบแผลอักเสบร้อยละ 1.3 ใ้ตั้งอีกเสบในไตรมาสแรกมีอัตราแท้งร้อยละ 12.5 ในไตรมาสสองไม่มีรายใดที่แท้งหรือคลอดก่อนกำหนดแม้ไม่ได้รับยาคลายมดลูก ส่วนในไตรมาสสามมีอุบัติการณ์เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร้อยละ 25.0 และตอบสนองต่อการรักษาด้วย tocolytic drug

คำสำคัญ: ใ้ตั้งอีกเสบเฉียบพลัน, การแท้ง, คลอดก่อนกำหนด, ยาคลายมดลูก

Abstract: Acute Appendicitis During Pregnancy at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Udom Wongwatanaroek, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2008; 32 (Suppl): S37-45.

Background: Acute appendicitis is the most non-obstetric surgical emergency during pregnancy, requiring continue to obscure to accurate diagnosis of acute appendicitis. Delay treatment increases incidence of maternal and fetal morbidity and mortality. Few studies explained about incidence, clinical presentation, diagnostic ultrasonography, preterm labor and tocolytic drugs of this condition. **Objective:** To determine incidence and examine clinical features of acute appendicitis during pregnancy at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. **Patients & Methods:** Descriptive study was performed in 83 pregnant woman with acute appendicitis during 1 January, 2002 to 3 December, 2007, at the Department of Obstetric and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. **Results:** Frequency of acute appendicitis was 1: 496 pregnancies. Age group varied from 14 years to 39 years with median age of 24.4 ± 5.4 years. More patients presented during second trimester. Most patients complained of right lower abdominal pain (79.7%) of 24 hours duration or less (87.3%) by 95.8, 71.8, and 75.0% during first, second, and third trimester, 60.8 and 55.7% of patients complained of nausea and vomiting, 64.6% were febrile ($> 38.0^{\circ}\text{C}$). Physical examination revealed right lower quadrant tenderness in all patients, rebound tenderness 62.0%, abdominal guarding 13.9%, leukocytosis 84.8%, neutrophilia 50.6%, and positive ultrasonography 14.3%. Post operative complications included; infected wound 1.3%, first trimester abortion 12.5%, no second trimester abortion or preterm labor, and third trimester premature labor 25.0%. And most patients were successfully treated with tocolytic drug. **Conclusions:** The abdominal sign of patients during first trimester was the same as non-pregnancy, but was higher located during second and third trimester, positive ultrasonography 14.3%. Post operative complications were infected wound 1.3 %, abortion in first trimester 12.5%, no abortion or preterm labor during second trimester, premature labor 25.0% during third trimester and most patients were successfully treated with tocolytic drug.

Key words: acute appendicitis, abortion, preterm labor, tocolytic drug

ภูมิหลัง

ไส้ติ่งอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมที่พบมากที่สุด ในสตรีตั้งครรภ์⁽¹⁻³⁾ มีรายงานอุบัติการณ์ ตั้งแต่ 1:1,000 ถึง 1:5,500 ของการคลอด⁽¹⁻³⁾ การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบในสตรีตั้งครรภ์จะทำได้ยากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ตั้งครรภ์จากเหตุผลหลายประการ การเปลี่ยนตำแหน่งไส้ติ่งจากมดลูกคั่นสูงขึ้นตามอายุครรภ์ที่มากขึ้น^(4,5) ส่งผลให้วินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นทำได้ยากขึ้น เช่น กรวยไตอักเสบ ถุงน้ำดีอักเสบ การลดการตอบสนองของสตรีมีครรภ์ต่อการอักเสบทำให้อาการและการแสดงไม่ชัดเจนเหมือนผู้ป่วยทั่วไป⁽⁶⁾ มดลูกที่โตขึ้นส่งผลให้กลไกการทำงานของ omentum ลดลง⁽⁷⁾ ไม่สามารถมาห่อหุ้มบริเวณที่มีการอักเสบได้ง่าย การอักเสบจึงลุกลามได้รวดเร็วกว่า จากเหตุผลดังกล่าวทำให้การวินิจฉัยภาวะนี้ในสตรีตั้งครรภ์ล่าช้าส่งผลร้ายต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์มากขึ้น^(8,9) เช่น การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด หรือทารกตายในครรภ์ได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอุบัติการณ์ ลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัยโดยคลื่นเสียงความถี่สูง ภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด และการให้ยากลายมดลูกของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับกรวยไตอักเสบว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ ที่รับไว้ในโรงพยาบาลมารชาภิบาลราชสิมา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยภาวะนี้

ผู้ป่วยและวิธีการ

ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2546 ถึง 31 ธันวาคม 2550 รวมระยะเวลา 5 ปี โดยวิธีการสืบค้นใช้ 3 รูปแบบ คือหนึ่งใช้คำสืบค้นเป็น สตรีตั้งครรภ์ที่กำลังเป็นไส้ติ่งอักเสบ สอง ผู้ป่วยสตรีที่เป็นไส้ติ่งอักเสบและมีการคลอดหรือแท้งบุตรในอีก 250 วันถัดไป สาม สตรีที่มีการคลอดหรือแท้งบุตรแล้วเคยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบก่อนหน้านี้ 250 วัน โดยมีข้อแม้ว่าการผ่าตัด

ไส้ติ่งต้องผ่าตัดขณะหญิงนั้นกำลังตั้งครรภ์ครั้งนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ การแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การผ่าตัด ผลพยาธิวิทยาของไส้ติ่ง การดูแลรักษาและอาการแทรกซ้อน ได้ถูกนำมาทบทวน ประมวลผลที่ต้องการทราบ โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ในระยะเวลาที่ศึกษามีสตรีที่คลอดบุตรทั้งหมดรวม 41,183 ราย พบสตรีตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบทั้งหมด 83 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1:496 ของการคลอด สามารถติดตามเวชระเบียนได้ 79 ราย (ร้อยละ 95.2) จากรายงานนี้ มีข้อสังเกตว่า ผลการค้นหาลูกป่วย 3 รูปแบบข้างต้น จะได้ผู้ป่วยมากที่สุด โดยกรณีหนึ่งใช้คำสืบค้นเป็น สตรีตั้งครรภ์ที่กำลังเป็นไส้ติ่งอักเสบแบบเดียว จะได้ผู้ป่วย 34 ราย แต่ถ้ารวมแบบที่สองและสาม จะได้ผู้ป่วยเพิ่มเป็น 83 ราย

อายุผู้ป่วยเฉลี่ย 24.4±5.39 ปี (ช่วงอายุ 14-39 ปี) อยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 60.7 อายุครรภ์ที่พบอยู่ในระยะไตรมาสแรก 24 ราย ไตรมาสสอง 39 ราย และไตรมาสสาม 16 ราย

ผู้ป่วยทั้งหมดมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องและมาภายใน 24 ชม. 69 ราย (ร้อยละ 87.3) อาการปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวาในไตรมาสหนึ่ง สอง และสาม พบ ร้อยละ 95.8, 71.8 และ 75.0 ตามลำดับ อาการคลื่นไส้พบร้อยละ 60.8 มีอาเจียนร่วมด้วยร้อยละ 55.7 มีผู้ป่วยส่วนน้อยเพียง ร้อยละ 15.2 ที่รู้สึกว่ามีไข้

การตรวจร่างกายพบมีไข้เท่ากับหรือมากกว่า 38.0°C ร้อยละ 64.6 ซิฟจรเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที พบ ร้อยละ 39.2 ทุกรายที่ปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา จะกดเจ็บสอดคล้องกับอาการ การตรวจ rebound tenderness, abdominal guarding ไม่พบรายใดมี generalized tenderness (ตารางที่ 2)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ด

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

	ไตรมาส			
	หนึ่ง (n = 24) จำนวน (%)	สอง (n = 39) จำนวน (%)	สาม (n = 16) จำนวน (%)	รวม (n = 79) จำนวน (%)
อายุ (ปี)				
14-19	4 (16.6)	6 (15.4)	6 (37.5)	16 (20.3)
20-24	6 (25.0)	10 (25.6)	4 (25.0)	20 (25.3)
25-29	6 (25.0)	17 (43.6)	5 (31.2)	28 (35.4)
30-34	7 (29.7)	5 (12.8)	1 (6.3)	13 (16.5)
35-40	1 (4.17)	1 (2.6)	0 (0.0)	2 (2.5)
ระยะเวลาปวด (ชั่วโมง)				
<12	6 (25.0)	17 (43.6)	3 (18.8)	26 (32.9)
12-24	15 (62.5)	17 (43.6)	11 (68.8)	43 (54.4)
>24	3 (12.5)	5 (12.8)	2 (12.4)	10 (12.7)
ตำแหน่งปวดท้อง				
ท้องน้อยด้านขวา	23 (95.8)	28 (71.8)	12 (75)	63 (79.7)
ท้องบนขวา	0 (0)	8 (20.5)	3 (18.8)	11 (13.9)
รอบสะดือ	1 (4.17)	3 (7.7)	1 (6.3)	5 (6.3)
Nausea	18 (75.0)	22 (56.4)	8 (50.0)	48 (60.8)
Vomiting	19 (79.2)	22 (56.4)	6 (37.5)	44 (55.7)
Fever	4 (16.6)	5 (12.8)	3 (18.8)	12 (15.2)
Diarrhea	2 (8.3)	6 (15.4)	1 (6.3)	9 (11.4)
Anorexia	1 (4.17)	2 (5.1)	0 (0)	3 (3.8)
Dysuria	1 (4.17)	2 (5.1)	0 (0)	3 (3.8)
Constipation	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	1 (1.3)

เลือดขาวเท่ากับหรือมากกว่า 10,000/ μ L พบร้อยละ 84.8 จำนวน neutrophil เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 พบร้อยละ 50.6 ส่วนการตรวจปัสสาวะพบว่าเม็ดเลือดขาวเท่ากับหรือมากกว่า 100/hpf มีเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้น

ผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 8.9) ได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะการอักเสบของไส้ติ่งด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงโดยรังสีแพทย์มีเพียง 1 รายใน 7 ราย (ร้อยละ 14.3) ที่รายงานผลถูกต้องว่าเป็นภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

การผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ (ตารางที่ 3) ร้อยละ 84.8 ผ่าตัดภายใน 24 ชม. ร้อยละ 94.9 ใช้วิธีวางยาสลบ ยา

ปฏิชีวนะที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็น ampicillin, cefoxitin หรือ gentamicin โดยมีให้ทั้ง เฉพาะก่อนผ่าตัด เฉพาะหลังผ่าตัด หรือทั้งก่อนและหลังผ่าตัด มีผู้ป่วยร้อยละ 10.1 ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และไม่มีอาการแทรกซ้อนในกลุ่มนี้ แผลที่ผ่าตัดร้อยละ 82.3 ใช้วิธีลงมิดแบบ grid iron ร้อยละ 5.1 ลงมิดแบบ low midline เนื่องจากมีแผลผ่าตัดอยู่ก่อน หรือสงสัยเป็นโรคอื่น เช่น การตั้งครกนอกมดลูก

ภาวะไส้ติ่งที่พบระหว่างผ่าตัด พบไส้ติ่งแตก ร้อยละ 8.9 แยกตามไตรมาสได้ร้อยละ 2.5, 8.3, และ 2.5

ตารางที่ 2 ผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

	ไตรมาส			รวม (n = 79) จำนวน (%)
	หนึ่ง (n = 24) จำนวน (%)	สอง (n = 39) จำนวน (%)	สาม (n = 16) จำนวน (%)	
Body temperature (°C)				
<38	5 (20.8)	9 (23.1)	13 (81.2)	28 (35.4)
38-39	18 (75.0)	25 (64.1)	2 (12.5)	45 (57.0)
>39	1 (4.2)	5 (12.8)	1 (6.3)	6 (7.6)
Pulse rate (ครั้ง/นาที)				
<100	19 (79.2)	18 (46.2)	11 (68.8)	48 (60.8)
>100	5 (20.8)	21 (53.8)	5 (31.2)	31 (39.2)
Abdominal tenderness				
RLQ	23 (95.8)	28 (71.8)	12 (75.0)	63 (79.7)
RUQ	0 (0)	7 (17.9)	3 (18.7)	10 (12.7)
Mid epigastrium	1 (4.2)	3 (7.7)	1 (6.3)	5 (6.3)
Right CVA	0 (0)	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (1.3)
Rebound tenderness	13 (54.1)	26 (66.7)	10 (62.5)	49 (62.1)
Abdominal guarding	3 (12.5)	6 (15.4)	2 (12.5)	11 (13.9)
WBC (cells/ μ L)				
<10,000	2 (8.4)	6 (15.4)	2 (12.5)	10 (12.7)
10,000-15,000	11 (45.8)	16 (41.0)	7 (43.7)	34 (43.0)
>15,000	11 (45.8)	17 (43.6)	7 (43.7)	35 (44.3)
PMN >80 %	11 (45.8)	27 (69.2)	2 (12.5)	40 (50.6)
WBC in urine (cells/hpf)				
10-100	0 (0)	1 (2.6)	3 (18.7)	4 (5.1)
>100	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ultrasound				
Not suspected appendicitis	0 (0.0)	4 (13.3)	3 (18.7)	7 (8.9)
Suspected appendicitis	0 (0.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (1.3)

ตามลำดับ เมื่อตรวจทาง histopathology ส่วนใหญ่ รายงานเป็นไส้ติ่งอักเสบจริง (ร้อยละ 86.1) และมีการอุดตันจาก fecalith, lymphoid hyperplasia และมี 1 ราย (ร้อยละ 1.3) ที่ผลพยาธิเป็น tuberculosis

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ต้องทำ delay primary suture ร้อยละ 5.1 โดยทั้งหมดอยู่ในระยะไตรมาสสองและสาม มีแผลอักเสบร้อยละ 1.3 โดยเกิดในระยะไตรมาสสาม

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม (ตารางที่ 4) ในกลุ่มไตรมาสแรก หลังการผ่าตัดมีอัตราแท้งร้อยละ 12.5 โดย 1 ราย แท้งใน 24 ชม. หลังผ่าตัด แม้ได้รับ progesterone อีก 2 ราย แท้งเองหลังจากผ่าตัดไปแล้ว 7 และ 19 วัน ตามลำดับ มี 2 ราย กลับไปทำแท้งผิดกฎหมาย มีแท้งคุกคาม 1 ราย รักษาโดยนอนพักร่วมกับให้ยา progesterone ผู้ป่วยรายนี้ตั้งครรภ์ต่อและคลอดครบกำหนด

ตารางที่ 3 รายละเอียดการผ่าตัดและผลการผ่าตัด

	ไตรมาส			
	หนึ่ง (n = 24) จำนวน (%)	สอง (n = 39) จำนวน (%)	สาม (n = 16) จำนวน (%)	รวม (n = 79) จำนวน (%)
ระยะเวลาจาก admit ถึงห้องผ่าตัด (ชั่วโมง)				
<24	20 (83.3)	33 (84.6)	14 (87.5)	67 (84.8)
24-48	4 (16.7)	6 (15.4)	2 (12.5)	12 (15.2)
>48	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Antibiotics				
No	3 (12.5)	3 (7.7)	0 (0)	6 (7.6)
Pre operative	1 (4.2)	4 (10.3)	3 (18.8)	8 (10.1)
Post operative	12 (50.0)	15 (38.4)	4 (25.0)	31 (39.3)
Pre and post operative	8 (33.3)	17 (43.6)	9 (56.2)	34 (43.0)
Incision				
Grid iron	18 (75)	35 (44.3)	11 (68.7)	64 (81.0)
Transverse	3 (12.5)	4 (10.3)	4 (25.0)	11 (13.9)
Low midline	3 (12.5)	0 (0)	1 (6.3)	4 (5.1)
Anesthesia				
General	22 (91.7)	37 (94.9)	16 (100)	75 (94.9)
Spinal block	2 (8.3)	2 (5.1)	0 (0.0)	4 (5.1)
Operative finding				
No ruptured	22 (91.7)	36 (92.3)	14 (87.5)	72 (91.1)
Ruptured	2 (8.3)	3 (7.7)	2 (12.5)	7 (8.9)
Histological finding				
Appendicitis	21 (87.5)	35 (44.3)	12 (75.0)	68 (86.1)
Lymphoid hyperplasia	3 (12.5)	4 (10.3)	0 (0.0)	7 (8.9)
Fecalith	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	1 (1.3)
Tuberculosis	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	1 (1.3)
Normal	0 (0)	0 (0)	1 (6)	1 (1.3)

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นไส้ติ่งอักเสบในไตรมาสสอง ไม่มีรายใดที่แท้งหรือคลอดก่อนกำหนดแม้ไม่ได้รับยาคลายมดลูก

ในกลุ่มไตรมาสสาม มี preterm labor pain 4 ราย (ร้อยละ 25.0) 3 ราย เมื่อให้ terbutaline ก็สามารถตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนดคลอด 1 รายอายุครรภ์ 33 สัปดาห์คลอดหลังผ่าตัดไส้ติ่ง 48 ชม. ทารกหนัก 1,700 กรัม

และปลอดภัยดี มีผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัดร้อยละ 10.1 ทำให้ศึกษาไม่ได้ว่าคลอดครบกำหนดหรือไม่ ไม่มีมารดาหรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ในรายงานนี้

วิจารณ์

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบนั้น ทั้งศัลยแพทย์และสูติแพทย์ต้องตระหนักถึงความสำคัญในการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว ไม่เช่นนั้นอาจเกิด

ตารางที่ 4 ผลการติดตามหลังจากการผ่าตัดไส้ติ่ง

	ไตรมาส			
	หนึ่ง (n = 24) จำนวน (%)	สอง (n = 39) จำนวน (%)	สาม (n = 16) จำนวน (%)	รวม (n = 79) จำนวน (%)
No complication with term labor	16 (66.7)	34 (87.2)	11 (68.7)	61 (77.2)
Threatened abortion with term labor	1 (4.2)	0 (0)	0 (0)	1 (1.3)
Preterm labor pain with term labor	0 (0)	0 (0)	3 (18.8)	3 (3.8)
Spontaneous abortion	3 (12.5)	0 (0)	0 (0)	3 (3.8)
Induced abortion	2 (8.3)	0 (0)	0 (0)	2 (2.5)
Preterm labor	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	1 (1.3)
Loss follow up	2 (8.3)	5 (12.8)	1 (6.3)	8 (10.1)
Wound				
Delay primary suture	0 (0)	3 (7.7)	1 (6.3)	4 (5.1)
Infected wound	0 (0)	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.3)

ผลแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ในอดีตเคยมีอัตราการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 20 จากรายงานของ Babler⁽¹⁰⁾ ในปี พ.ศ. 2451 หลังจากนั้นจึงค่อย ๆ ลดลงมาจนปัจจุบันเหลือเพียงร้อยละ 0.04-0.01^(8,11)

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในสตรีตั้งครรภ์ทำให้การตรวจวินิจฉัยได้ยากและล่าช้า⁽⁵⁾ การตรวจเพิ่มเติมบางอย่างไม่เหมาะที่จะนำมาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ได้ เช่น X-ray, intravenous pyelography การตรวจรักษาทุกขั้นตอนต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อทารกในครรภ์ด้วย⁽¹¹⁾

การศึกษาครั้งนี้พบอุบัติการณ์ก่อนข้างสูง คือ 1: 496 ของการคลอด เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบตั้งแต่ 1: 1,000- 1: 5,500⁽¹⁻³⁾ อาจเนื่องจากมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน หรือวิธีการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนที่ใช้ในการศึกษานี้อาจจะทำให้ได้จำนวนผู้ป่วยมากกว่า ส่วนภาวะนี้พบในสตรีตั้งครรภ์ระยะไตรมาสสองมากที่สุด ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานอื่นๆ⁽¹⁻³⁾ อัตราการเกิดไส้ติ่งอักเสบ ไม่แตกต่างระหว่างสตรีตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ในวัยเดียวกัน⁽¹²⁾ ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลทุกรายจะมาด้วยอาการปวดท้อง^(7,13) อาการ

ปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวาในไตรมาสหนึ่ง สอง และสามพบร้อยละ 95.8, 71.8, และ 75.0 ตามลำดับ อาการคลื่นไส้พบร้อยละ 66.0 และอาเจียนร้อยละ 55.7 แต่ควรระวังที่จะใช้อาการคลื่นไส้อาเจียนมาช่วยในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก เพราะครรภ์ปกติก็มีการคลื่นไส้อาเจียนจากแพ้ท้องได้ แต่ถ้ามีอาการเหล่านี้ในไตรมาสสอง หรือสามร่วมกับอาการปวดท้องต้องคิดถึงภาวะไส้ติ่งอักเสบด้วย^(7,12,14) มีผู้ป่วยรู้สึกตัวตนเองมีไข้เพียง 12 ราย (ร้อยละ 15.2) แต่จากการตรวจพบว่ามีไข้จริงมากถึง 51 ราย (ร้อยละ 64.6) ส่วนการตรวจหน้าท้องในไตรมาสแรกร้อยละ 95.0 จะปวดและกดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวาล่างไม่แตกต่างจากสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์^(13,15) แต่จะเปลี่ยนไปในไตรมาสสอง และสาม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของไส้ติ่งเมื่ออายุครรภ์ที่มากขึ้น^(4,5) โดยในไตรมาสแรกไส้ติ่งจะยังอยู่ใน right iliac fossa จนถึงประมาณ 16 สัปดาห์ ก็จะถูกมดลูกที่โตขึ้นดันให้สูงขึ้นเรื่อยๆ จนเมื่อถึงไตรมาสสาม อาจจะขึ้นไปถึงด้านขวาบนของท้องได้ ส่วนภาวะ rebound tenderness และ abdominal guarding นั้นพบได้ไม่มากและไม่แตกต่างกันในแต่ละไตรมาส

ตารางที่ 5 สรุปอาการและอาการแสดงที่อาจช่วยในการวินิจฉัย

	อาการ	อาการแสดง
บ่งว่าน่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบ	ปวดท้องน้อย น้อยกว่า 24 ชม. (ร้อยละ 87.3) ปวดที่ท้องน้อยด้านขวาต่ำ (ร้อยละ 79.7) คลื่นไส้ (ร้อยละ 60.8) อาเจียน (ร้อยละ 55.7)	กดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวาต่ำ (ร้อยละ 79.7) rebound tenderness (ร้อยละ 62.0) body temperature 38°C (ร้อยละ 64.4) leukocytosis $\geq 10,000/\mu\text{L}$ (ร้อยละ 84.8)
ช่วยในการวินิจฉัยได้น้อย	ไข้ ท้องเสีย ท้องผูก เบื่ออาหาร ปัสสาวะแสบขัด	abdominal guarding, leukocytosis, WBC or RBC in urine, ultrasonography

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยร้อยละ 84.8 มี leukocytosis (WBC มากกว่าหรือเท่ากับ $10,000/\mu\text{L}$) แต่ต้องระวังในการนำมาช่วยวินิจฉัย เพราะสตรีตั้งครรภ์อาจมีภาวะนี้ได้⁽²⁰⁾ ภาวะ neutrophilia (PMN มากกว่าร้อยละ 80) จะช่วยระบุถึงการอักเสบได้ดีกว่า^(1,3) ซึ่งรายงานนี้พบร้อยละ 50.6

การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงปัจจุบันได้นำมาช่วยในการวินิจฉัยในสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ มีความแม่นยำร้อยละ 85.0⁽¹⁶⁾ โดยการใช้เทคนิค grade compression ultrasonography^(16,17) โดยดูขนาดไส้ติ่งที่โตกว่า 6 mm ร่วมกับพบน้ำรอบไส้ติ่ง และภาวะ periappendicular hyperemia แต่ในสตรีตั้งครรภ์มีผู้ไม่เห็นด้วยเนื่องจากกายวิภาคที่เปลี่ยนไปทำให้ตรวจยากขึ้น ใช้เวลานาน เสียเวลารอคอย และอาจทำให้การวินิจฉัยช้าออกไป⁽⁷⁾ ในการศึกษาที่ส่งตรวจเพียง 7 ราย มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 14.3) ที่รังสีแพทย์วินิจฉัยถูกต้องว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบแผลอักเสบเพียง 1 ราย (ร้อยละ 1.3) เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในไตรมาสสาม อาจเป็นเพราะส่วนมากวินิจฉัยและผ่าตัดรักษาได้เร็ว คือผ่าตัดภายใน 24 ชม. หลังจากมาถึงโรงพยาบาล^(10,11) Al-Mulhim⁽⁹⁾ ในปี พ.ศ. 2538 แนะนำว่าแม้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการไม่ชัดเจนควรทำการผ่าตัดให้จะดีกว่าเพื่อความปลอดภัย แต่ McGory⁽¹⁸⁾ ในปี พ.ศ. 2550 ไม่เห็นด้วย เพราะจะเพิ่มความเสี่ยงให้แม่และเด็ก

การให้ยาปฏิชีวนะ Cunningham⁽¹⁾ ในปี พ.ศ.

2518 แนะนำว่าควรให้ทุกราย แต่หลักฐานที่เกิดประโยชน์ยังไม่ชัดเจน^(18,19) จากรายงานนี้มีผู้ป่วยร้อยละ 10.1 ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ และทุกรายไม่มีอาการแทรกซ้อนตามมา

กลุ่มไตรมาสแรกหลังการผ่าตัดมีอัตราแท้งร้อยละ 12.5 ซึ่งมี 1 ราย ที่น่าจะเป็นผลจากไส้ติ่งอักเสบเนื่องจากแท้งใน 24 ชม. หลังผ่าตัด ส่วนอีก 2 ราย แท้งเองหลังผ่าตัด 7 และ 19 วัน อาจเป็นเหตุบังเอิญจากการแท้งทั่วไป จากรายงานนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่า progesterone ได้ประโยชน์หรือไม่ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นไส้ติ่งอักเสบในไตรมาสสองไม่มีรายใดที่แท้งหรือคลอดก่อนกำหนดแม้ไม่ได้รับยาคลายมดลูก ในกลุ่มไตรมาสสาม มีอุบัติการณ์ preterm labor pain 4 ราย (ร้อยละ 25.0) ซึ่งสูงกว่าปกติ และ 3 รายตอบสนองต่อการรักษาด้วย terbutaline สามารถตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนดคลอด แม้การให้ prophylactic tocolytic drug ยังไม่สามารถสรุปว่าได้ผลหรือไม่^(7,13,18) แต่ควรปฏิบัติดังนี้ คือ ให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอเพื่อแยกการปวดแผลผ่าตัดออกจากปวดครรภ์คลอด⁽¹⁸⁾ และหลังผ่าตัดควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อวินิจฉัยการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดแต่เนิ่น ๆ แล้วให้ tocolytic drug ทันทีที่มีข้อบ่งชี้

ไม่มีมารดาหรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ในรายงานนี้

สรุป

อุบัติการณ์ไส้ติ่งอักเสบในสตรีตั้งครรภ์พบ 1: 496

ของการคลอด อาการปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวาในไตรมาสหนึ่ง สอง และสาม พบร้อยละ 95.8, 71.8, และ 75.0 ตามลำดับ มีไข้เท่ากับหรือมากกว่า 38.0°C ร้อยละ 64.6 การตรวจหน้าท้องในไตรมาสแรกไม่แตกต่างจากสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ แต่ตำแหน่งที่ปวดจะเลื่อนสูงขึ้นในไตรมาสสอง และสาม leukocytosis และ neutrophilia พบได้ร้อยละ 84.8 และ 50.6 ตามลำดับ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงช่วยในการวินิจฉัยร้อยละ 14.3 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบแผลอักเสบร้อยละ 1.3 ไส้ติ่งอักเสบในไตรมาสแรกมีอัตราแท้งร้อยละ 12.5 ในไตรมาสสองไม่มีรายใดที่แท้งหรือคลอดก่อนกำหนดแม้ไม่ได้รับยาคลายมดลูก ส่วนในไตรมาสสาม มีอุบัติการณ์เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร้อยละ 25.0 และส่วนมากตอบสนองต่อการรักษาด้วย terbutaline

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณ นายแพทย์โยธี ทองเป็นใหญ่ นายแพทย์พิเชก ทองสวัสดิ์วงศ์ ที่ให้คำปรึกษาและตรวจทานรายงาน เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ช่วยค้นประวัติและเวชระเบียนและบรรณารักษ์ห้องสมุดที่ช่วยค้นเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, McCubbin JH. Appendicitis complicating pregnancy. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 415-20.
2. McComb P, Laimon H. Appendicitis complicated pregnancy. *Can J Surg* 1980; 23: 92-4.
3. Tracey M, Fletcher HS. Appendicitis in pregnancy. *Am Surg* 2000; 66: 555-9.
4. Brant HA. Acute appendicitis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1967; 29: 130-8.
5. Fallon WF, Newman JS, Fallon GL, Malangoni MA. The surgical management of intra-abdominal inflammatory conditions during pregnancy. *Surg Clin North Am* 1995; 75: 15-31.

6. Watts DH, Krohn MA, Wener MH, Eschenbach DA. C-reactive protein in normal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 176-80.
7. Rojsakul A. Appendicitis during pregnancy. *Ramathibodi Med J* 1981; 4: 36-42.
8. Mahmoodian S. Appendicitis complicating pregnancy. *South Med J* 1992; 85: 19-24.
9. Al-Mulhim AA. Acute appendicitis in pregnancy. *Int Surg* 1996; 81: 295-7.
10. Babler EA. Perforative appendicitis complicating pregnancy. *JAMA* 1908; 51: 1310-4.
11. Kort B, Katz VL, Watson WJ. The effect of nonobstetric operation during pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 371-6.
12. Velanovich V, Harkabus MA, Tapia FV, Gusz JR, Vallance SR. When it's not appendicitis. *Am Surg* 1998; 64: 7-11.
13. Chawla S, Vardha S, Jog J. Appendicitis during pregnancy. *MJAFI* 2003; 59: 212-5.
14. Weingold AB. Appendicitis in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1983; 26: 801-9.
15. Mazze RI, Kallen B. Appendectomy during pregnancy: a Swedish registry study of 778 cases. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 835-40.
16. Wallace CA, Petrov MS, Soybel DI, Ferzoco SJ, Ashley SW, Tavakkolizadeh A. Influence of imaging on the negative appendectomy rate in pregnancy. *J Gastrointest Surg* 2008; 12: 46-50.
17. Johansson EP, Rydh A, Riklund KA. Ultrasound, computed tomography, and laboratory findings in the diagnosis of appendicitis. *Acta Radiol* 2007; 48: 267-73.
18. McGory ML, Zingmond DS, Tillou A, Hiatt JR, Ko CY, Cryer HM. Negative appendectomy in pregnant women is associated with a substantial risk of fetal loss. *J Am Coll Surg* 2007; 205: 534-40.
19. Halvorsen AC, Brandt B, Andreasen JJ. Acute appendicitis in pregnancy: complications and subsequent management. *Eur J Surg* 1992; 158: 603-6.
20. Taylor DJ, Phillips P, Lind T. Puerperal haematological indices. *Br J Obstet Gynaecol* 1981; 88: 601-6.