

Testicular torsion ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 6 ปี

พินัยรัฐ ภควินยุ *

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยที่เป็น Testicular torsion จำนวน 14 ราย ซึ่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในระหว่างปี พ.ศ. 2529-พ.ศ. 2534 พบว่าสามารถผ่าตัดเก็บลูกอัณฑะที่บิดของผู้ป่วยได้เพียง 4 ราย ส่วนอีก 10 ราย ต้องตัดลูกอัณฑะที่บิดจนมีสีดำคล้ำทิ้งไป ผู้ป่วยที่ถูกตัดลูกอัณฑะทิ้งนั้น ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยที่ผิดพลาดมาก่อน จึงทำให้มาได้รับการผ่าตัดที่ล่าช้าเกินไป

Abstract

Testicular torsion : 6 years in Maharat

Nakhon Ratchasima Hospital

Phinairat Phakawinyu

Fourteen cases of testicular torsion occurring in the Maharat Nakhon Ratchasima Hospital between 1986-1991 have been reviewed. Four patients had testicular salvage. Orchidectomy was performed for gangrenous testes in ten patients. Most of the patients who lost testes had errors in diagnosis that let to operative delay.

บทนำ

Testicular torsion เป็นภาวะที่พบได้เสมอในกลุ่มวัยรุ่น จัดเป็นสภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งทางศัลยกรรมที่ต้องรีบผ่าตัด ปัญหาที่พบได้บ่อยคือ การวินิจฉัยที่ผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดล่าช้า จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดลูกอัณฑะทิ้งไปจำนวนไม่น้อย ผู้รายงานจึงได้เสนอการศึกษาเรื่องนี้ขึ้นมา เพื่อเป็นการเตือนย้ำให้แพทย์ได้ตระหนักถึงสภาวะนี้ด้วยเสมอเมื่อได้พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดอัณฑะอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นหรือคนหนุ่ม

วัสดุและวิธีการ

ได้ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดอัณฑะ โดยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ.2529-2534 มีจำนวนทั้งสิ้น 14 ราย ทุกรายได้รับการผ่าตัดพิสูจน์

* แพทย์ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

แล้วว่ามีการบิดตัวของลูกอัมพาตจริง ผู้ป่วยทั้งหมดนี้ ได้นำมาศึกษาในแง่อายุ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการ จนมาได้รับการผ่าตัด การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างง่ายฯ และผลการรักษา

ผลการศึกษา

อายุ (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 13-26 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคืออายุ 15-19 ปี มีจำนวน 7 ราย

ตารางที่ 1 อายุและจำนวนผู้ป่วย

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)
10 - 14	2
15 - 19	7
20 - 24	4
> 25	1
รวม 14	

ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาได้รับการผ่าตัด (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อน 12 ชั่วโมง มีจำนวน 3 ราย ภายในเวลา 12-24 ชั่วโมง มีจำนวน 1 ราย และได้รับการผ่าตัดหลัง 24 ชั่วโมงขึ้นไป มีจำนวน 10 ราย

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาที่มารับการผ่าตัดและผลการผ่าตัด

ระยะเวลาที่มารับการผ่าตัด (ชม)	จำนวน (คน)	ลูกอัมพาตที่เก็บไว้ได้	ลูกอัมพาตที่ถูกตัดทิ้ง
< 12	3	3	-
12 - 24	1	1	-
> 24	10	-	10
รวม (คน)	14	4	10

การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยทุกรายมาด้วยอาการปวดลูกอัมพาตข้างใดข้างหนึ่ง ผิวหนังของอัมพาตบวม คลำลูกอัมพาตเป็นก้อนโตแข็ง และปวดมาก มีผู้ป่วย 2 รายที่มีไข้ร่วมด้วย โดยมาพบแพทย์หลังเกิดอาการมากกว่า 24 ชั่วโมง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการตรวจ CBC พบว่าผู้ป่วย 8 ราย มีเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงกว่า 10,000/ลบ.มม. โดยที่ทุกรายมาพบแพทย์หลังเกิดอาการมากกว่า 24 ชั่วโมงทั้งสิ้น ส่วนการตรวจปัสสาวะนั้นอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกรายคือ เม็ดเลือดแดงน้อยกว่า 3/HPE และเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 5/HPE

ผลการรักษา (ตารางที่ 2) ในผู้ป่วยทั้งหมด 14 ราย มีจำนวน 10 รายที่ต้องถูกตัดลูกอัณฑะข้างที่บิดทิ้งไป เนื่องจากลูกอัณฑะขาดเลือดจากการบิดตัวจนมีสีดำคล้ำ โดยทุกรายเป็นผู้ที่มารับการผ่าตัดช้ากว่า 24 ชั่วโมงทั้งสิ้น

ส่วนผู้ป่วยอีก 4 ราย สามารถผ่าตัดเก็บลูกอัณฑะไว้ได้ โดยที่หลังจากคลายเกลียวที่บิดของขั้วอัณฑะแล้ว ตัวลูกอัณฑะก็มีสีแดงขึ้นจากการมีเลือดมาเลี้ยง จึงได้ทำการเย็บตรึงลูกอัณฑะ (Orchidopexy) ทั้ง 2 ข้างทุกราย

สาเหตุของการมารับการผ่าตัดล่าช้าในผู้ป่วย 10 รายที่ถูกตัดลูกอัณฑะทิ้งนั้น พบว่า 2 ราย มีความล่าช้าในการไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ส่วนอีก 8 ราย เคยไปพบแพทย์ทั่วไปมาก่อนและได้รับการวินิจฉัยที่ผิดพลาดว่าเป็นลูกอัณฑะอักเสบ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงถูกส่งมาพบศัลยแพทย์ภายหลัง

วิจารณ์

Delasiauve ⁽¹⁾ ได้รายงานเป็นคนแรกเกี่ยวกับภาวะ Testicular torsion เมื่อปี ค.ศ.1840 ต่อมาก็นิเวศงานจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากแพทย์ได้รู้จักภาวะนี้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียอัณฑะถึงร้อยละ 40-60, ⁽²⁾ Jows และพวก ⁽³⁾ ได้รายงานว่าผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียอัณฑะเพราะมารับการผ่าตัดล่าช้า นั้น มีสาเหตุจากการวินิจฉัยผิดพลาดถึงร้อยละ 29 เช่น Epididymitis, orchitis, cremasteric overactivity เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วย 8 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 14 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดมาก่อน

ภาวะ Testicular Torsion ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มวัยรุ่นหรือคนหนุ่มและจะเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยร้อยละ 29-52 อาจมีประวัติเคยปวดอัณฑะและหายไปเอง ⁽⁴⁾ จะไม่มีโรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ และมักจะไม่มีไข้ร่วมด้วย ลูกอัณฑะข้างที่ปวดนั้นจะคลำได้เป็นก้อนแข็งและบวม อาจพบว่าลูกอัณฑะข้างที่ปวดอยู่สูงกว่าตำแหน่งปกติ การทำ scrotal support ไม่ทำให้อาการปวดลดลง การตรวจปัสสาวะจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะพบเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงในรายที่เป็นนานๆ หรือมี gangrenous testes การใช้เครื่องมือพิเศษช่วยในการวินิจฉัย เช่น Doppler ultrasound และ testicular scan นั้น จะได้ผลถึงร้อยละ 79 และ 100 ตามลำดับ ⁽⁵⁾ แต่มีข้อจำกัดจะทำได้ในสถาบันที่ใหญ่เท่านั้น

ดังนั้น เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยไม่ผิดพลาด ควรนึกถึงภาวะนี้ด้วยเสมอร่วมกับการดูกลุ่มอายุ การซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจ CBC และปัสสาวะ ในกรณีที่ไม่น่าจะใช่หรือไม่ใช่ แนะนำให้นำผู้ป่วยไปผ่าตัดเปิดดูอัณฑะทุกราย จะทำให้สามารถเก็บลูกอัณฑะได้มากขึ้น ⁽⁶⁾

Smith ⁽⁷⁾ ได้ทดลองภาวะ Testicular torsion ในสุนัขพบว่าถ้าลูกอัณฑะขาดเลือดนานเกิน 4 ชั่วโมง จะทำให้เนื้อเยื่อเกี่ยวกับ Spermatogenesis เสียหาย และถ้านานเกิน 8 ชั่วโมงจะทำให้ลูกอัณฑะฝ่อในภายหลัง สำหรับในคนนั้น จากรายงานต่างๆ ^(1,3,8) พบว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 12 ชั่วโมง จะเก็บลูกอัณฑะได้ร้อยละ 93-95 ถ้าผ่าตัดระหว่าง 12-24 ชั่วโมง จะเก็บลูกอัณฑะได้ร้อยละ 41-87 แต่ถ้านานเกิน 24 ชั่วโมงขึ้นไป จะเก็บลูกอัณฑะได้เพียงร้อยละ 15-46 ใน

การศึกษาของผู้รายงานครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยจำนวน 4 รายที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงสามารถเก็บลูกอัณฑะได้หมด ส่วนผู้ป่วยอีก 10 ราย ซึ่งมาหลัง 24 ชั่วโมง ต้องถูกตัดลูกอัณฑะทิ้งทุกราย

เมื่อทำการผ่าตัดพบว่า มีการบิดของอัณฑะ ก็ให้รีบคลายตัวที่บิดออก อาจประคบลูกอัณฑะด้วยน้ำอุ่นเพื่อช่วยให้เลือดมาเลี้ยง ถ้ายังคงมีสีดําล้าก็ให้ตัดลูกอัณฑะนั้นทิ้ง แต่ถ้าสีของลูกอัณฑะแดงขึ้นแสดงว่าเลือดมาเลี้ยงพอและสามารถเก็บลูกอัณฑะไว้ได้ ก็ให้ทำ Orchidopexy คือเย็บตรึงลูกอัณฑะในตำแหน่งปกติเข้ากับชั้น Dartos muscle โดยใช้ Nonabsorbable suture อย่างน้อย 2 เข็ม⁽⁹⁾ การทำ Orchidopexy ควรทำให้ลูกอัณฑะของข้างที่ปกติพร้อมกันไปด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบิดขึ้นใหม่อีกภายหลังซึ่งมีโอกาสถึงร้อยละ 30⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้เนื่องจากว่าความผิดปกติของลูกอัณฑะที่ทำให้เกิดการบิดตัวนั้นจะพบในลูกอัณฑะทั้ง 2 ข้างเหมือนกัน Anderson และพวก⁽⁸⁾ รายงานว่า ความผิดปกติของลูกอัณฑะที่ทำให้มีแนวโน้มเกิดการบิดตัวมีด้วยกันหลายลักษณะ เช่น Bell-clapper deformity, High invagination of tunica vaginalis และ Long mesorchium ระหว่าง Epididymis และ Testes

Anderson และคณะ¹¹ ได้รายงานถึงความบกพร่องของ Spermatogenesis ในผู้ป่วยร้อยละ 50 ภายหลังการเกิด Testicular torsion มีรายงานเชื่อว่าเกิดจากภาวะ Autoimmunisation (Sympathetic Orchipathia) ของลูกอัณฑะที่เกิดการบิดตัว^{2,12,13,14} บางคนจึงแนะนำให้ตัดลูกอัณฑะที่บิดทิ้งทุกราย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการดังกล่าว แต่ก็มียางานที่ไม่เห็นด้วย โดยกล่าวว่าสาเหตุของความบกพร่องนั้น เกิดจากความผิดปกติที่มีอยู่แต่เดิมแล้วของลูกอัณฑะนั้นก่อนที่จะเกิดภาวะลูกอัณฑะบิด^{10,11,15,16} จึงยังคงแนะนำให้เก็บลูกอัณฑะที่บิดนั้นไว้ ถ้าลูกอัณฑะนั้นยังมีสภาพที่ดีอยู่

สรุป

เมื่อพบผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดลูกอัณฑะอย่างฉับพลันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นหรือคนหนุ่มควรนึกถึงภาวะ Testicular torsion ไปด้วยเสมอ การที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรค Epididymitis หรือ Orchitis ได้นั้นจะต้องมีหลักฐานว่ามี Urinary tract infection ร่วมด้วย ในกรณีที่ไม่แน่ใจหรือแยกไม่ได้ว่าจะเป็น Orchitis หรือ Testicular torsion แนะนำให้ผ่าตัดเปิดดูลูกอัณฑะทันที เพื่อไม่ให้วินิจฉัยผิดพลาดจนทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียลูกอัณฑะในภายหลัง

เอกสารอ้างอิง

1. Korbelt EL. Torsion of the testes. J Urol 1974 ; 111 : 521-2.
2. Thomas WEG, Cooper MJ , Crane GA, Lee G. Testicular exocrine malfunction after torsion. Lancet 1984 ; 2 : 1357-9.
3. Jones DJ , Macreadie D , Morgans BT. Testicular torsion in the armed services : twelve years review of 179 cases. Br J Surg 1986 ; 7 : 624-6.
4. Jones DJ. Recurrent subacute torsion : Prospective study of effects on testicular morphology and function. J Urol 1991; 145 : 297-9.
5. Rodriguez DD, Rodriguez WC, Rivera JJ, Rodriguez S, Otera AA. Doppler ultrasound versus testicular scanning in the evaluation of the acute scrotum. J Urol 1981. ; 125 : 343-6.
6. Cass As, Cass BP. Immediate exploration of the unilateral acute scrotum in young male subjects. J Urol 1980 ; 124 : 829-32.
7. Smith GL. Cellular changes from graded testicular Ischemia. J Urol 1955 ; 73 : 355-62.
8. Anderson JB, Williamson RCN. Testicular torsion in Bristol : a 25 year review. BR J Surg 1988 ; 75 988 - 92
9. Allan WR and brown BB. Torsion of the testes : a review of 58 cases. Br Med J 1966 ; 1 : 1396-7.
10. Krarup T. The testes after torsion. Br J Urol 1978 ; 50 : 43-6.
11. Anderson JB, Cooper MJ, Thomas WEG, Williamson RCN. Impaired spermatogenesis in testes at risk of torsion. Br J Surg 1986; 73 : 847-9.
12. Wallace DMA, Gunter PA, London GV, Pugh RCB and Hendry WF. Sympathetic Orchio-pathia : an experimental and clinical study. Br J Urol 1982 ; 54 : 765-8.
13. Nagler HM, White RD. The effect of testicular torsion on contralateral testes. J Urol 1982; 128 : 1343.
14. Thomas WEG, Williamson RCN. Diagnosis and outcome of testicular torsion. Br J Surg 1983 ; 70 : 213-6.
15. Turner TT. On unilateral testicular and epididymal torsion : no effect on the contralateral testes. J Urol 1987 ; 138 : 1285-90.
16. Ryan PC, Whelan CA, Gaffney EF and Fitzpatrick JM. The effect of unilateral experimental testicular torsion on spermatogenesis and fertility. Br J Urol 1988 ; 62 : 359-66.