

Gastroschisis และ Omphalocele : การให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยในระยะแรกเริ่ม

วาจิต วัฒนศัพท์

หน่วยกุมารศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Gastroschisis and Omphalocele : I. Initial Management before Admission.

Vatit Vatanasapt

Division of Pediatric Surgery, Department of Surgery,

Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

Gastroschisis and Omphalocele are congenital anomalies in the group of anterior abdominal wall defect in which the abdominal content protruded through the defect. Their severities ranged from minor anomalies to severe deformities which contribute to death. However, with modern medical technology, we can save many of these unfortunate babies, if the management is done properly since birth.

This retrospective study was based on the data obtained from in-patient babies of Gastroschisis and Omphalocele admitted at Srinagarind Hospital from September 1982 to August 1986. In 4 years, there were 42 patients, 13 Omphalocele and 29 Gastroschisis cases. The mortality rate was 64.28%.

Three factors are responsible for the causes of death; first, the initial management before admission; second, the management after admission and third; the patients themselves. This report will state how the initial management before admission affected their mortality. A suggestion of various steps on initial management was given.

Gastroschisis และ Omphalocele เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดของผนังหน้าท้องที่ทำให้อวัยวะภายในช่องท้องเคลื่อนผ่านช่องที่ผนังหน้าท้องออกมาอยู่ภายนอก ความรุนแรงของโรคนี้อาจเป็นเพียงเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ใน

ปัจจุบัน อัตราตายของทารกเหล่านี้ได้ลดลงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเกิด

ผู้รายงานได้ทำการศึกษาค้นคว้าย้อนหลังผู้ป่วยเหล่านี้ โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ นับแต่เดือนกันยายน 2525

ถึงเดือนสิงหาคม 2529 รวม 4 ปี ผู้ป่วยทั้งหมด มี 42 ราย เป็น Omphalocele 13 ราย และ Gastroschisis 29 ราย อัตราตายรวมของผู้ป่วยยังสูงมากคือ 64.28%

สาเหตุการตายนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม, การให้การรักษานในโรงพยาบาลและสภาพของตัวผู้ป่วยเอง ในการศึกษาครั้งนี้ต้องการแสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่แรกเริ่มโดยไม่ถูกวิธีนั้น มีผลต่ออัตราตายของผู้ป่วยเพียงใด ผู้รายงานได้เสนอแนะแนวทางการให้การรักษานผู้ป่วยเหล่านี้ตั้งแต่แรกเริ่มด้วย —X—

บทนำ

Gastroschisis และ Omphalocele เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดที่พบได้ไม่บ่อยนักในโรงพยาบาลทั่วไป แต่โรงพยาบาลศรึนครินทร์เป็นโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าภาวะทั้งสองนี้มีมากเป็นอันดับสามในกลุ่มทารกแรกเกิดที่ต้องการการผ่าตัดอย่างรีบด่วน ความผิดปกตินี้อาจไม่รุนแรงมากเท่าใดนัก เช่น Herniation of the cord จนถึงพวกที่มีความพิการรุนแรงมากที่มักจะไม่ประสพผลสำเร็จในการแก้ไข เช่น ในกรณีของ Giant Omphalocele ความพิการเหล่านี้ทำให้ชาวบ้านทั่ว ๆ ไป หรือแม้แต่บุคลากรในวงการแพทย์เองก็อาจมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องกับโรคนี้ กล่าวคือปล่อยให้ทารกเหล่านี้เสียชีวิตไปเองโดยมิได้ให้การดูแลรักษาหรือส่งต่อแต่อย่างใด ทำให้ต้องสูญเสียทารกเหล่านี้ไปอย่างน่าเสียดาย

อัตราตายของผู้ป่วย Gastroschisis และ Omphalocele ในอดีตนั้นสูงมาก มีผู้รวบรวมไว้ว่าในช่วงปี ค.ศ.1950-1960 อัตราตายสูง 61-80% ที่เดียว⁽¹⁾ แต่ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์

ในปัจจุบันนี้ การวินิจฉัยสามารถกระทำได้ตั้งแต่ในครรภ์⁽²⁾ การมีอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการผ่าตัดและดมยาสลบสำหรับทารกแรกเกิดที่ปลอดภัยรวมทั้งอุปกรณ์ในการดูแลทารกหลังการผ่าตัดที่ทันสมัยและครบครัน ความก้าวหน้าของการให้อาหารทางหลอดเลือดดำในทารกแรกเกิด และทีมงานศัลยแพทย์, วิสัญญีแพทย์, พยาบาล, กุมารแพทย์, และพยาบาลผู้ดูแลทารกเหล่านี้ตลอดระยะเวลาหลังการผ่าตัด ความร่วมมืออย่างใกล้ชิดเหล่านี้ทำให้อัตราตายของผู้ป่วยดังกล่าวในปัจจุบันนี้ลดลงมาก⁽¹⁾ ในระยะ 10 กว่าปีมานี้ อัตราตายของทารกเหล่านี้ได้ลดลงเป็นระหว่าง 4.34% - 12.32%^(1,3-7) เท่านั้น

Gastroschisis และ Omphalocele ที่ไม่มี ความพิการอื่นร่วมด้วยนั้นเป็นโรคที่น่ารักษาเป็นอย่างยิ่ง เพราะผลการรักษานี้ผู้ป่วยจะหาย (complete recovery) เลยทีเดียว แทบจะไม่มี ความพิการอย่างอื่นติดตัวไปอีกเลย⁽⁶⁾ แต่ทั้งนี้ ผลการรักษาที่ดีนั้นจะเกิดเป็นจริงได้ต่อเมื่อทารกเหล่านั้นได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต่อนับแต่แรกเกิด

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ว่าอัตราตายของทารกเหล่านี้สัมพันธ์กับการให้การดูแลรักษาแต่แรกเริ่มเพียงใด เพื่อจะได้หาทางป้องกันการสูญเสียทารกเหล่านี้ ผู้รายงานได้เสนอแนะแนวทางในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลศูนย์ในโอกาสนี้ด้วย

วิธีการ

ทำการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนของ ผู้ป่วย Gastroschisis และ Omphalocele ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรึนครินทร์นับแต่ได้เปิดหน่วยนี้ขึ้นมาเมื่อเดือนกันยายน 2525 ถึงเดือนสิงหาคม 2529 รวมเวลา 4 ปี โดยศึกษาในแง่ของ

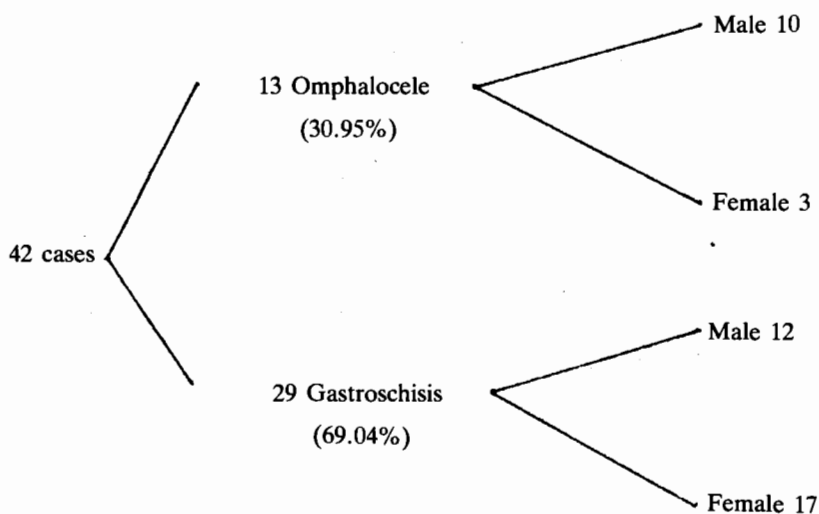
- เพศ, ผู้ป่วยคลอดที่โรงพยาบาลเอง, ข้อมูลทั้งหมดนี้ได้มีการแยกออกเป็นกลุ่ม
ส่งต่อ, หรือมาเอง เปรียบเทียบกัน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิต
- เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาถึงโรงพยาบาล และเสียชีวิต เพื่อที่จะได้ทำให้เห็นความสัมพันธ์
จนกระทั่งได้รับการผ่าตัดรักษา กันอย่างชัดเจน
- สภาพของผู้ป่วยเมื่อมาถึงโรงพยาบาล เวชระเบียนผู้ป่วยในมาศึกษาครั้งนี้รวม 32
โดยดูจากน้ำหนักตัว, อุณหภูมิกายแรกเริ่ม, อัตรา จบบ นอกจากนั้นยังได้ใช้ข้อมูลจากทะเบียน
การเต้นของหัวใจ, อัตราการหายใจ, สภาพการ บันทึกรับและจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยทารก
ขาดน้ำของผู้ป่วย (Hydration status), Active/In- แรกเกิดร่วมด้วย
- active
- การให้การดูแลรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม นับ มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 42 ราย (ตารางที่ 1) ผู้ป่วย
แต่ผู้ป่วยได้รับการให้ Fluid resuscitation บ้าง ส่วนใหญ่ประมาณ 2/3 เป็น Gastroschisis (69.04%)
หรือไม่, ได้สารน้ำชนิดใด, ยาปฏิชีวนะได้หรือไม่ ส่วนในเรื่องของเพศนั้นพบว่า Omphalocele ส่วน
การดูแลลำไส้ได้หรือไม่, การทำความสะอาด ไหล่จะเป็นเพศชาย (ชาย:หญิง = 3:1) ส่วน
ลำไส้ตลอดจนการทำแผลหรือไม่ Gastroschisis นั้นแตกต่างกันเล็กน้อย (ชาย:
หญิง = 2:3)
- สาเหตุการเสียชีวิต

ผลการศึกษา

SOURCE OF THE STUDY

Nursery cases Srinagarind Hospital

From September 1982 to August 1986



ตารางที่ 1

อัตราการตายของผู้ป่วย (ตารางที่ 2) อัตราตาย สาเหตุการตาย (ตารางที่ 3) จากที่ค้นได้ 17 รวมสูงมากถึง 64.28% อัตราตายของแต่ละกลุ่ม รายนั้น สาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ (9/17 ราย) โดยเฉพาะในกลุ่มของ Pseudomonas ไม่แตกต่างกันนักคือ Gastroschisis 65.51% และ Omphalocele 61.53%

MORTALITY		ALIVE	DEATH
		4	6
OMPHALOCELE		1	2
		5 (38.46%)	8 (61.53%)
		3	9
GASTROSCHISIS		7	10
		10 (34.48%)	19 (65.51%)
TOTAL	42	15 (35.71%)	27 (64.28%)

ตารางที่ 2

CAUSES OF DEATH	17 Cases
Sepsis* (with DIC.)	9
Short bowel syndrome	1
Pneumonia	2
Pneumothorax	2
Renal failure	2
Pulmonary hemorrhage	1

* Organism Pseudomonas species

ตารางที่ 3

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา (ตารางที่ 4) ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่ส่งมาจากโรงพยาบาลอื่นถึง 30 ราย (71.3%) ผู้ป่วยที่คลอดที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์เองมีเพียง 5 รายเท่านั้น อีก 7 ราย เป็นผู้ป่วยที่ถูกพามาที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลเองโดยมิได้รับการส่งต่อจากที่ใด

สภาพของผู้ป่วยเมื่อมาถึงโรงพยาบาล (ตารางที่ 5.1, 5.2) พบว่า น้ำหนักตัว : กลุ่ม Gastroschisis นั้น ทารกที่เสียชีวิตมักมีน้ำหนักตัว น้อย (เฉลี่ย 1,948 กรัม) กว่ากลุ่มที่รอดชีวิต (เฉลี่ย 2,231 กรัม) แต่ในกลุ่ม Omphalocele นั้นไม่แตกต่างกันนัก

ALIVE/DEATH

		ALIVE	DEATH
SRINAGARIND	L.R.	3	2
	A & E	-	7
REFER CASES	M.C.C.	4	5
	P.H.	3	5
	C.H.	5	7
	Other	-	1

ตารางที่ 4

STATUS ON ARRIVAL I

		ALIVE	DEATH
BODY WEIGHT			
	GASTROSCHISIS	1780-2820 (2231)	1150-2550 (1948)
	OMPHALOCELE	2610-3770 (3008)	2200-3540 (2934)
TEMPERATURE	<35° C	4	10
	35-36° C	6	3
	>36° C	4	4
HEART RATE			
	120-140/min.	11	9
	141-150/min.	3	4
	>150/min.	-	4

ตารางที่ 5.1

STATUS ON ARRIVAL II

		ALIVE	DEATH
RESPIRATION	40-50/min.	11	7
	51-60/min.	2	5
	>60/min.	1	5
ACTIVE		11	9
INACTIVE		3	8
DEHYDRATION	Mild	4	-
	Moderate	7	13
	Severe	3	4

ตารางที่ 5.2

TIMING

	ALIVE	DEATH
Birth-Admission	0-26 hr. (5.58)	0-22 hr. (10.54)
Admission-Operation	1-18 hr. (11.65)	2-23 hr. (7.05)
Total (Birth-Operation)	1.30-29.30 (17.23)	5-27 hr. (17.59)

ตารางที่ 6

อุณหภูมิ : ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนมากจะมี Subnormal temperature (10/17 ราย)

อัตราการเต้นของหัวใจ : ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แต่ผู้ป่วยที่มีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 150 ครั้ง/นาที เสียชีวิตทั้งหมด

การหายใจ : ทารกที่มีอัตราการหายใจมากกว่า 50 ครั้ง/นาที มักจะเสียชีวิต (10/17 ราย)

Active/Inactive : ทารกที่ Inactive มักเสียชีวิต (8/11 ราย)

Dehydration : ทารกที่เสียชีวิตจะมีการขาดน้ำอยู่ในกลุ่มที่ขาดอย่างปานกลางจนถึงรุนแรง

เวลาที่ผู้ป่วยใช้ : (ตารางที่ 6) ช่วงเวลาทั้งหมดนับแต่แรกเกิดจนได้รับการผ่าตัดจะเท่าๆ

กัน ทั้งกลุ่มที่รอดและเสียชีวิต ($\approx$ 17 ชม.ครึ่ง) แต่เวลาที่แตกต่างกันก็อยู่ในกลุ่มที่เสียชีวิตนั้นใช้ เวลาในช่วงแรกเกิดจนถึงโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มที่รอดชีวิตถึงเกือบเท่าตัว (6 ชม. กับ 11 ชม.)

การให้การรักษาดังแต่แรกเริ่ม (ตารางที่ 7.1, 7.2)

Resuscitation : ผู้ป่วยได้รับสารน้ำมามีเพียง 15 ราย อัตราการเสียชีวิตและรอดชีวิตไม่แตกต่างกันในแง่ของชนิดของสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับมา แต่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสารน้ำมาเลยนั้นมี 11 ราย และเสียชีวิตถึง 8 ราย

ยาปฏิชีวนะ : กลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะมามีอัตราการรอดชีวิตที่ดีกว่าเล็กน้อย

INITIAL MANAGEMENT I

		ALIVE	DEATH
RESUSCITATION	Yes	8	7
	No	3	8
	Not known	1	2
I.V. FLUID	5, 10% D/W	6	5
	10% D/N/4, 5	2	2
ANTIBIOTICS (PGS. & GENTAMICIN)		5	2
	No	6	5

ตารางที่ 7.1

INITIAL MANAGEMENT II

		ALIVE	DEATH
BOWEL CARE	Yes	9	5
	No	2	10
	Not known	1	2
CLEANSING	Not known	14	17
DRESSING	Swab with NSS.	7	6
	with tub	2	

ตารางที่ 7.2

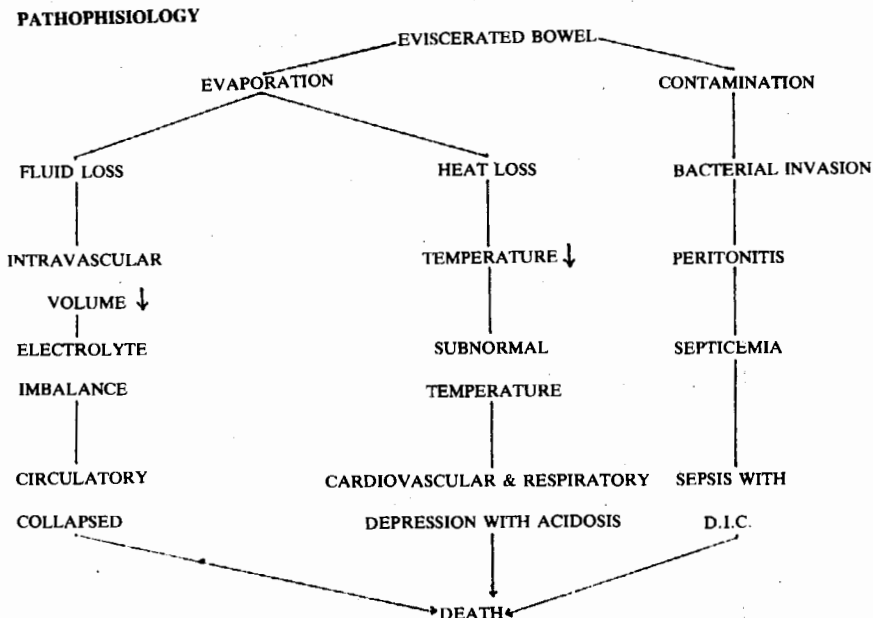
การดูแลลำไส้: กลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลลำไส้มาเลยจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลอย่างชัดเจน

การทำแผล (กลุ่มลำไส้): มีเพียง 15 ราย เท่านั้นโดยที่กลุ่มที่ใช้ Swab ขูบ NSS. ส่วน 2 รายที่ใช้ขันครอบ ไม่มีอัตราตาย รอดชีวิตทั้งสองราย อัตรารอดและอัตราตายของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

วิจารณ์

ปัญหาสำคัญของ Abdominal wall defect ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (ตารางที่ 8) คือ

1. Dehydration การระเหยของน้ำจาก peritoneum ที่กลุ่มลำไส้และช่องท้องทั้งหมด เปิดออกสู่บรรยากาศรอบข้าง การระเหยนี้มากกว่าการระเหยที่เกิดจากผิวหนังถึง 6 เท่าตัว⁽⁸⁾ ใน



ตารางที่ 8

เวลาที่เท่ากัน เป็นการสูญเสียแบบ Isotonic ซึ่งมีผลทำให้ intravascular volume ของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. Hypothermia ความร้อนของร่างกาย สูญเสียไปพร้อมกับการระเหยของน้ำถึง 57%⁽²⁾ ที่เหลือจะสูญเสียไปกับการพาความร้อนและการแผ่รังสีความร้อน การสูญเสียความร้อนไปทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานจำนวนมากเพื่อรักษา Thermal Neutral Zone ของร่างกายให้ปกติ⁽¹⁾ เป็นสาเหตุของ Metabolic acidosis หากการสูญเสียความร้อนนี้เกิดต่อไปจนถึงจุดที่ร่างกายของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้แล้ว Hypothermia จะทำให้เกิดการกดการหายใจและกดการทำงานของหัวใจ⁽³⁾ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

3. Infection ถ้าใส่ท่ออยู่นอกช่องท้อง เป็นทางเปิดให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้อย่างง่ายดาย ถ้าหาก defense mechanism ของร่างกายไม่ดีพอ ที่จะหยุดยั้งการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ จะ

เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบโดยทั่วไป ซึ่งนำไปสู่ Sepsis และ disseminated intravascular clotting (DIC) ได้ในที่สุด เป็นผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอีกเช่นกัน

จากกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้ พบว่าปัญหาทั้ง 3 ข้อนี้นี้ มิได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง และเพียงพอ มีผลทำให้สภาพของผู้ป่วยเมื่อมาถึงโรงพยาบาล (ตารางที่ 5.1, 5.2) นั้น อยู่ในสภาพที่อันตรายมาก ผู้ป่วยที่เสียชีวิตนั้นมีอัตราตายที่สัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยเมื่อมาถึงโรงพยาบาลอย่างชัดเจน นับแต่อุณหภูมิกายมักเป็นแบบ Subnormal temperature (35° c) ชีพจรจะเร็ว (> 150 ครั้ง/นาที) การหายใจจะเร็ว (> 50 ครั้ง/นาที) ผู้ป่วยจะมีสภาพการขาดน้ำอย่างปานกลางจนถึงรุนแรง และจะมี inactive สภาพก่อนผ่าตัดเช่นนี้ย่อมส่งผลถึงผลการรักษาในภายหลังอย่างแน่นอน

น้ำหนักตัว (ตารางที่ 5.1) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย Gastroschisis กลุ่มที่เสียชีวิตจะมีน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่รอดชีวิตในเรื่องนี้ไม่อาจพิจารณาแต่เฉพาะน้ำหนักตัวเท่านั้น ต้องดู maturity ของผู้ป่วยประกอบด้วย โดยดูจาก Gestational age แต่การศึกษานี้ไม่มีข้อมูลของ gestational age ที่มากพอที่จะนำมาศึกษาได้ จึงไม่อาจวิเคราะห์ประเด็นนี้ได้ ในเรื่องนี้ได้มีผู้รายงานเอาไว้ว่า Prognostic factor ของผู้ป่วย Gastroschisis นั้นขึ้นอยู่กับ อายุครรภ์ (มิใช่น้ำหนักแรกเกิด) และการมี intestinal Ischemia หรือ Atresia ร่วมด้วย⁽⁷⁾

อย่างไรก็ตาม น้ำหนักเฉลี่ยของผู้ป่วย Gastroschisis ที่รอดตายนั้น ค่อนข้างใกล้เคียงกับน้ำหนักเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคนี้ในต่างประเทศ^(1,3,4,5,6)

ในส่วนของเวลาที่ผู้ป่วยใช้นับแต่คลอดจนได้รับการรักษานั้น (ตารางที่ 6) ปรากฏว่าทั้งกลุ่มที่รอดและกลุ่มที่เสียชีวิตต่างใช้เวลาโดยรวมเท่าๆ กัน แต่ในกลุ่มที่เสียชีวิตนั้นใช้เวลาในเวลานับแต่แรกเกิดจนมาถึงโรงพยาบาลเป็นสองเท่าของกลุ่มที่รอด ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตนั้นต้อง “เสีย” เวลาไปนานมากกว่าจะได้เริ่ม “รับการรักษาพยาบาล” ซึ่งเป็นผลทำให้พยาธิสรีรวิทยาของโรคนี้ดำเนินต่อไปและเพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในแง่ของการติดเชื้อเป็นการสูญเสีย “โอกาสทอง” ไป ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงต้องเผชิญกับปัญหาการติดเชื้ออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตไปหลายราย Luck และคณะได้ review ผู้ป่วย 106 รายที่เป็น Gastroschisis นั้น เวลานับแต่คลอดจนผ่าตัดมีพิสัยตั้งแต่ 1-26 ชั่วโมง⁽⁶⁾ นับว่าระยะเวลาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้อย่างมากทีเดียว และการเสียชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่ม 106 รายนี้ เสียชีวิต 13 ราย โดยไม่ได้

เกี่ยวข้องกับสภาพของผู้ป่วยเมื่อมาถึงโรงพยาบาล ทั้งนี้ไม่นับ 6 รายที่ผู้ป่วยมีความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงร่วมด้วย

การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแต่แรกเริ่มนั้นมีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยอย่างชัดเจน (ตารางที่ 7.1, 7.2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาหรือได้รับการดูแลบ้างเป็นส่วนน้อยมักจะเสียชีวิต ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาเลย จะตายเป็นส่วนใหญ่ (8/11 ราย) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแล้วได้เสียชีวิตเป็นส่วนใหญ่ (10/12 ราย) ส่วนหาปฏิบัติขณะนั้นไม่ได้ผลที่แตกต่างกัน ซึ่งอธิบายได้ว่าการป้องกันมิให้เกิดการติดเชื้อนั้นสำคัญกว่าการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อการป้องกัน มีผู้ป่วยอยู่สองรายที่ใช้ชั้นครอบมา ปรากฏว่าผู้ป่วยรอดตายทั้งคู่ การใช้ชั้นครอบเป็นวิธีการที่ใช้ได้ดีทีเดียว⁽¹⁾ ถ้าหากผู้ที่ส่งต่อผู้ป่วยจะได้ระมัดระวังเรื่องเทคนิคปลอดเชื้อและการหักของลำไส้ รวมทั้งการที่ขอบของชั้นนั้นอาจจะกดทับลำไส้ได้

การให้การรักษานี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องแต่แรกเริ่มจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการลดอัตราการตายของผู้ป่วยเหล่านี้ลง

แน่นอนที่สุดอัตราการตายของผู้ป่วยเหล่านี้มิได้ขึ้นกับการดูแลรักษาแต่แรกเริ่มเพียงอย่างเดียว การให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลนับแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เทคนิคการผ่าตัด การให้ยาสลบผู้ป่วย การดูแลหลังผ่าตัด ทั้งหมดนี้ทุกขั้นตอนล้วนมีความสำคัญต่ออัตราการตายของผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้งผู้ป่วยเองหากมีความพิการที่รุนแรงหลายอย่างเช่น ในกรณีของ Giant Omphalocele และหรือมีความพิการอย่างอื่นร่วมด้วยย่อมมีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยอย่างแน่นอน

Gastroschisis และ Omphalocele เป็นโรคที่สามารถรักษาให้ "หายขาด" ได้ (complete recovery) โดยเฉพาะ Gastroschisis นั้นมักจะไม่มี ความพิการอื่นร่วมด้วย ในรายงานจากวารสารต่าง-ประเทศที่มีการติดตามผลการรักษาในระยะยาวของ ผู้ป่วยเหล่านี้ พบว่าแทบทุกคนสามารถมีชีวิตอยู่ อย่างปกติในสังคม^(๑)

การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ในปัจจุบันนี้ ในประเทศยังไม่สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาล ศูนย์ทุกแห่ง เนื่องจากการรักษานี้ต้องการทั้ง ศัลยแพทย์, กุมารแพทย์ และทีมงานดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดหลังการผ่าตัด รวมทั้งเครื่องช่วย หายใจและเครื่องมือประกอบอีกหลายอย่าง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มและการส่งต่อผู้ป่วย จึงเป็นปัญหาที่สำคัญ

ผู้รายงานขอเสนอแนวทางในการให้การดูแล รักษาผู้ป่วยเหล่านี้แต่แรกเริ่ม โดยใช้วัสดุและ อุปกรณ์ที่สามารถหาได้โดยง่ายในโรงพยาบาล ชุมชนทุกแห่งทั่วประเทศ ก่อนที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะ ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาล มหาราช และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต่อไป

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Abdominal wall defect (Gastroschisis และ Omphalocele)

1. ทำความสะอาด โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ใช้ Povidone iodine solution ทาโดยรอบ บริเวณ defect (หรือทารอบ defect และทั่วทั้ง Sac ในกรณีของ Omphalocele) จากนั้นผสม น้ำยาล้างกับน้ำเกลืออุ่น ๆ จุ่มผ้าก๊อซขนาด 4 x 4 ลงไปให้ทั่วแล้วนำขึ้นมาทำความสะอาดตามซอก ของลำไส้แต่อย่าพยายามลอก Fibrin ที่ติดอยู่ ออก

2. ทำแผล หลังจากทำความสะอาดแล้ว ให้ dressing ต่อโดย

- ชั้นใน ใช้ Vaseline gauze กลุมให้ทั่วเพื่อป้องกันมิให้ dressing ติดกับลำไส้ รวมทั้ง ช่วยลดการระเหยของน้ำได้บางส่วน

- ชั้นกลาง ใช้ 4 x 4 gauze pack โดยรอบ

- ชั้นนอก ใช้ Roll gauze bandage พันโดยรอบ dressing ทั้งหมดติดกับตัวของผู้ป่วย เอาไว้

3. ลดการระเหย เป็นการลดการสูญเสีย น้ำและความร้อน ใช้ถุงพลาสติกใสตั้งแต่ปลาย เท้าจนถึงหน้าอกแล้วปิดด้วยพลาสติกโดยรอบ

4. ให้ความอบอุ่น ให้ความอบอุ่นโดยใช้ผ้าห่มห่อผู้ป่วยอีกที

5. ให้สารน้ำ ให้ IV. fluid แก่ผู้ป่วย อาจ เป็น 10% D/W หรือ 10% D/NSS/5 ก็ได้ หรือ อย่างอื่นตามแต่สภาพการขาดน้ำของผู้ป่วยเมื่อ รับการรักษา

6. Naso/Orogastric tube ใช้ decompress ลำไส้ ควรใช้ NG tube ที่มีขนาดอย่างน้อย Fr. number 8

7. ยาปฏิชีวนะ จะให้หรือไม่ก็ได้, ถ้าหาก จะให้ควรให้ Ampicillin และ Gentamicin เป็นการให้ Prophylaxis

8. ส่งต่อผู้ป่วยทันที หลังจากจัดการทุกอย่างเรียบร้อยแล้ว ให้ส่งต่อผู้ป่วยทันที โรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษารอคอยได้นั้นอยู่ ห่างจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งไม่เกิน 6 ชั่วโมง เดินทางโดยรถพยาบาลที่มีแพทย์หรือพยาบาล ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยยามฉุกเฉินได้

การศึกษาเรื่องนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของ ปัญหาทั้งหมดของ Gastroschisis และ Ompha-

locele มีปัญหาอีกมากมายที่ยังรอการค้นคว้า
หาคำตอบและแนวทางการป้องกัน, แก้ไขต่อไป

ผู้รายงานเชื่อเป็นอย่างยิ่งว่าอัตราการเสียชีวิตของทารกเหล่านี้ต้องลดลงอย่างแน่นอนในอนาคตอันใกล้ นี้ ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจากแพทย์ผู้ให้การรักษาลูกเหล่านี้เป็นคนแรก

บทสรุป

อัตราตายของผู้ป่วย Gastroschisis และ Omphalocele มีความสัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยเมื่อมาถึงโรงพยาบาลและให้การดูแลรักษาแต่แรกเริ่มอย่างเป็นปฏิกิริยาตามกัน การศึกษานี้เป็นการแสดงให้เห็นว่าแพทย์ผู้ดูแลทารกเหล่านี้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในอันที่จะลดอัตราตายของผู้ป่วยเหล่านี้ โดยการให้การดูแลรักษาลูกเหล่านี้อย่างถูกต้องและส่งต่อผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Smith LA, Telander RL, Cooney DR, et al. Treatment of defects of the anterior abdominal wall in newborns. Mayo Clin Proc 1983; 58: 797-801.
2. Nakayama DK, Harrison MR, Gross BH, et al. Management of the fetus with an abdominal wall defect. J Pediatr Surg 1984; 19: 408-13.
3. Schwartz MZ, Tyon KR, Millom K, et al. Staged reduction using a silastic sac is the treatment of choice for large congenital abdominal wall defects. J Pediatr Surg 1983; 18: 713-7.
4. Canty TG, Collins DL. Primary fascial closure in infants with gastroschisis and omphalocele: A superior approach. J pediatr Surg 1983; 18: 707-12.
5. Luck SR, Sherman JO, Raffensperger JG, et al. Gastroschisis in 106 consecutive newborn infants. Surgery 1985; 98: 677-83.
6. Schwartz KR, Harrison MW, Campbell JR, et al. Long-term follow-up of patients with gastroschisis. Am J Surg 1986; 151: 546-9.
7. Otherson HB, Smith CD. Pneumatic reduction bag for treatment of gastroschisis and omphalocele; A 10 year experience. Ann Surg 1986; 203: 512-6.
8. Rowe MI, Taylor M, Sheehan K. Prevention of water and heat losses from the exposed intestine. J Pediatr 1982; 17: 608-10.
9. ศรีวงศ์ ทะวานนท์, ไพบูลย์ สุทธิวรรณ, วิศิษฐ์ ฐิตวัฒน์ และคณะ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2525: 12-27, 28-37, 79-94.