

## Palpable tender lumps over the right iliac fossa

ณรงค์ชัย ยิงศักดิ์มงคล  
วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์  
ทองอวบ อุตรวีเชียร

หน่วยศัลยศาสตร์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### Palpable tender lumps Over the right iliac fossa

Narangchai Yingsakmongkol M.D.

Vajaraphongsa Bhudhisawasdi M.D.

Thongueb Uttravichien M.D. FRCSE

*Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University*

### Abstract

Among the most interesting and challenging clinical problems, pain and palpable tender lumps over the right iliac fossa are still in the fore-front both in general and surgical practice. Furthermore even the provisional diagnosis is almost certain to be an appendiceal mass its management of either early surgery or conservative is still controversy.

In this study we reviewed cases admitted during 1985-1987 who presented with provisional diagnosis of acute appendicitis 500 cases, there were 22 cases with palpable tender lumps over the right iliac fossa. These 22 cases were treated by early surgery. The nature of their pathology were 15 appendiceal mass and 7 nonappendiceal mass which belonged to more serious pathological conditions with doomed prognosis should the operations be delayed. The clinical features of these 2 groups were statistically compared and there were no significant difference except in the appendiceal group the duration of abdominal pain was usually not more than 14 days ( $p < 0.05$ ). The complication of early surgical management of appendiceal mass was 6.7%. This compared favorably with general figure of 7-20% in appendicectomy complication.

In our opinion, it would seem therefore reasonable to support early surgical management when one consider the advantage of early and correct diagnosis on one hand and an acceptable morbidity on the other.

### Abstract

รายงานการศึกษาผู้ป่วยซึ่งได้รับไว้รักษาใน  
หน่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล  
ศรีนครินทร์ เนื่องจากอาการปวดท้องน้อยด้าน  
ขวา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบใน

ระหว่างปี พ.ศ.2528-2530 รวม 500 ราย ใน  
จำนวนนี้ตรวจพบว่ามีก้อนกดเจ็บที่บริเวณท้อง  
น้อยด้านขวา โดยได้ให้การวินิจฉัยก่อนการรักษา  
ว่ามีสาเหตุจากไส้ติ่งอักเสบทะลุ 22 ราย

ได้ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มซึ่งคิดว่ามีสาเหตุจากไส้ติ่งอักเสบทะลุ (22 ราย) ทุกรายได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดภายใน 1-3 วัน หลังจากรับไว้รักษา ผลการผ่าตัดพบว่า มีสาเหตุจากไส้ติ่งอักเสบทะลุจริง 15 ราย และเป็นจากสาเหตุอื่นถึง 7 ราย ซึ่งอาจเป็นอันตรายมากถ้าได้รับการรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด ได้ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะอาการทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นระยะเวลาการปวดท้องก่อนมาได้รับการรักษา ผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากไส้ติ่งอักเสบทะลุจริง มักจะไม่นานเกิน 14 วัน ( $p < 0.05$ ) ซึ่งให้เห็นถึงความลำบากในการวินิจฉัยสาเหตุของก้อนกดเจ็บได้แน่นอน จากการผ่าตัดพบมีผลแทรกซ้อนเพียง 1 ราย คือบาดแผลอักเสบติดเชื้อคิดเป็น 6.7% ซึ่งต่ำกว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทั่วไป (7-20%) แม้ว่าพยาธิสภาพจะรุนแรงกว่าก็ตามเฉลี่ยระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 10.5 วัน

การรักษาผู้ป่วยซึ่งมีก้อนกดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวาซึ่งสงสัยว่ามีสาเหตุจากไส้ติ่งอักเสบทะลุโดยวิธีผ่าตัดโดยรวดเร็วภายใน 1-3 วัน เป็นวิธีการรักษาที่ดี เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ซึ่งได้จากการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้องและผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

## บทนำ

ในโรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะทางด้านศัลยกรรม จะมีผู้ป่วยมาได้รับการรักษาเนื่องจากอาการปวดท้องและตรวจพบก้อนที่บริเวณท้องน้อยด้านขวาได้เป็นประจำ ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่ที่พบเป็นส่วนใหญ่คือไส้ติ่งอักเสบทะลุและมีการ wall off โดย bowel และ omentum ทำให้คลำได้ก้อนซึ่งอาจจะเป็นเพียง phlegmon หรือเป็น abscess ก็ได้ (พบได้ 2-6% ของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทั้งหมด) ส่วนสาเหตุอื่น

พบได้อีกหลายอย่าง เช่น chronic infection-TB, actinomycosis, carcinoma, bowel perforation ฯลฯ บ่อยครั้งที่การวินิจฉัยหาสาเหตุโดยใช้ลักษณะอาการทางคลินิกและการตรวจอื่น ๆ ก็ไม่สามารถบอกได้แน่นอน ทำให้เป็นปัญหาต่อการรักษา นอกจากนี้ในการรักษาผู้ป่วย appendiceal mass ก็ยังมี controversy จนถึงปัจจุบันว่าจะรักษาโดยวิธี conservative หรือ early surgery เนื่องจากมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน ดังนั้น การเลือกวิธีที่รักษาที่ดีกว่า จึงยังต้องการการศึกษาต่อไป เนื่องจากในแต่ละชุมชนอัตราการเกิดโรค, ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย, อุปกรณ์และภาวะทางเศรษฐกิจ มีความแตกต่างกัน อาจต้องการวิธีรักษาไม่เหมือนกัน จึงจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากที่สุด

## Material and Methods

ได้ทำการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยซึ่งรับไว้รักษาในหน่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรินครินทร์ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด (provisional diagnosis) ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบในระหว่างปี พ.ศ.2528-2530 รวม 500 ราย ในจำนวนนี้ตรวจร่างกายผู้ป่วยพบว่ามีก้อนกดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวา จำนวน 22 ราย โดยได้รับการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดว่าเป็นก้อนที่เกิดจากการอักเสบทะลุของไส้ติ่ง (appendiceal mass = phlegmon or abscess)

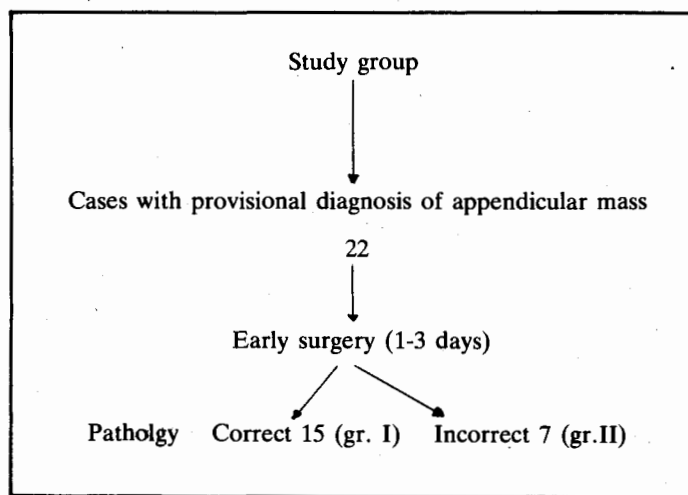
กลุ่มที่ทำการศึกษาต่อไปคือกลุ่มที่เป็น appendiceal mass จำนวน 22 ราย โดยหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันแรกจะทำการรักษาโดยให้ parenteral fluid เพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ และ electrolyte, ใส่ nasogastric tube suction พร้อมกับงดอาหารและน้ำทางปาก และให้ยาปฏิชีวนะคือ gentamicin และ chloramphenicol

ทางหลอดเลือด พร้อมกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ภายใน 1-8 วัน เมื่อสภาพของผู้ป่วยพร้อม ก็จะทำการผ่าตัดทันที ในการเลือกแนวของแผลผ่าตัด (incision) โดยมากจะใช้ incision สำหรับการผ่าตัดไส้ติ่งโดยเฉพาะคือ Grid iron incision หรือ Lantz incision (แผลผ่าตัดตามแนว skin crease) มีบางรายใช้ right lower paramedian incision ในระหว่างการผ่าตัดถ้าพบว่าเป็นสาเหตุอื่นซึ่งไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบ ก็จะเปลี่ยน incision มาเป็น right paramedian incision แทน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แนวของแผลผ่าตัด (Incision)

|                  |                                       |
|------------------|---------------------------------------|
| Gridiron         | 14 ราย [change to right paramedian 4] |
| Right paramedian | 5 ราย                                 |
| Lantz            | 3 ราย [change to right paramedian 1]  |
| รวม              | 22 ราย                                |

ผู้ป่วยที่พยาธิสภาพเป็นไส้ติ่งอักเสบจริง การวินิจฉัยก่อนการ ผ่าตัดถูกต้องจัดเป็นกลุ่มที่ 1 พบว่ามี 15 ราย ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบ จัดเป็นกลุ่มที่ 2 พบว่ามี 7 ราย ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1

ในการผ่าตัดผู้ป่วยทุกราย กระทำโดย ศัลยแพทย์ (อาจารย์) หรือแพทย์ประจำบ้านอาวุโส ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ ในผู้ป่วย 22 ราย นี้พบว่าการตรวจดูพยาธิสภาพด้วยสายตา (gross pathology) คิดว่าเป็น appendiceal abscess 11 ราย (มีหนองขังอยู่) และเป็น appendiceal phlegmon 3 ราย ส่วนอีก 8 ราย คิดว่าเป็นพยาธิสภาพอย่างอื่น ซึ่งไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยในระหว่างการทำผ่าตัด

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| Appendiceal abscess           | 11     |
| Appendiceal phlegmon          | 3      |
| CA caecum                     | 1      |
| Tuberculosis of colon         | 1      |
| Psoas abscess                 | 1      |
| Volvulus of ileum             | 1      |
| Caecal mass of unknown nature | 4      |
| รวม                           | 22 ราย |

วิธีการรักษาเมื่อพบว่าเป็น appendiceal abscess หรือ phlegmon จะผ่าตัดเอาไส้ติ่งออกด้วยทุกรายถ้าสามารถทำได้โดยไม่ยากลำบากเกินไป เช็ดเอาหนองออกให้สะอาด แล้ววาง penrose drain ไว้โดยผ่านออกทางแผลผ่าตัดและเปิดแผลผ่าตัดไว้ชั่วคราวไม่เย็บปิด (delayed primary suture) รอจนเอา penrose drain ออกแล้วแผลสะอาดจึงเย็บปิด ส่วนผู้ป่วยที่พบว่าไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบ ก็ให้การรักษาไปตามพยาธิสภาพที่เห็น เช่น การตัดต่อลำไส้ในรายที่สงสัยจะเป็นก้อน

เนื้องอก (right hemicolectomy) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทำผ่าตัดเพื่อการรักษา

|                                             |   |     |
|---------------------------------------------|---|-----|
| appendectomy + drain                        | 9 | ราย |
| appendectomy + cecostomy                    | 1 | ราย |
| Right hemicolectomy                         | 7 | ราย |
| Abscess drainage alone                      | 5 | ราย |
| (Delayed primary skin closure in all cases) |   |     |

ชั้นเนื้อทุกรายจะได้รับการตรวจทางพยาธิวิทยา โดยพยาธิแพทย์ซึ่งจะขึ้นชั้นผลการตรวจและวินิจฉัยโรคให้ ดังตารางที่ 4

การศึกษาจะทำการศึกษาโดยดูลักษณะอาการทางคลินิก การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีพยาธิสภาพเป็นไส้ติ่งอักเสบ (กลุ่มที่ 1) และกลุ่มที่ไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบ (กลุ่มที่ 2) โดยใช้สถิติ Fisher's exact probability test

ตารางที่ 4 สรุปการวินิจฉัยในชั้นสุดท้ายผู้ป่วยทั้งหมด 22 ราย

|        |                                                    |    |
|--------|----------------------------------------------------|----|
| gr. I  | appendiceal abscess                                | 11 |
|        | (1 case with metastatic adenocarcinoma of omentum) |    |
|        | appendiceal phlegmon                               | 4  |
| gr. II | Eosinophilic colitis                               | 1  |
|        | Tuberculous colitis                                | 1  |
|        | Tuberculosis peritonii                             | 1  |
|        | CA caecum                                          | 2  |
|        | small bowel gangrene (volvulus)                    | 1  |
|        | psoas abscess                                      | 1  |

## Result

ผลการศึกษาในผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบทะลุและมีก้อนกดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวา 22 ราย จากการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบทั้งหมด 500 ราย ผลการผ่าตัดพบมีพยาธิสภาพจากการตรวจทั้งด้วยสายตาและทางพยาธิวิทยาเป็นไส้ติ่งอักเสบจริง 15 ราย คิดเป็น 3.0%

การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดผิดพลาด 7 รายใน 22 ราย คิดเป็น 31.4%

การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มที่วินิจฉัยได้ถูกต้อง (กลุ่มที่ 1)

และกลุ่มที่วินิจฉัยผิด (กลุ่มที่ 2) โดยใช้สถิติ Fisher's exact probability test ปรากฏว่าในการเปรียบเทียบด้านเพศ, อายุ, ตำแหน่งของการปวดท้องและอาการผิดปกติทางระบบทางเดินอาหาร ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้น ระยะเวลาของอาการปวดท้อง ก่อนมารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่เป็นไส้ติ่งอักเสบจริงจะมาพบแพทย์ภายใน 14 วัน แต่กลุ่มที่ไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบมีระยะเวลาปวดนานกว่า 14 วัน ( $p < 0.05$ ) ส่วน pulse rate, Hematocrit และ white blood cell count ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 5 และ 6)

ตารางที่ 5 อาการและอาการแสดงทางคลินิก

|                              | Gr.I                | Gr.II              | Significance |
|------------------------------|---------------------|--------------------|--------------|
| Sex (M:F)                    | 2 : 1               | 3 : 4              | NIL          |
| Age                          | 3-78                | 20-55              | NIL          |
| Pain Location                | central 4<br>RLQ 11 | central 1<br>RLQ 6 | NIL          |
| **Pain duration<br>> 14 days | 0/15                | 4/7                | P<0.05       |

ตารางที่ 6

|                    | Gr.I  | GR.II | Significance |
|--------------------|-------|-------|--------------|
| Fever              | 12/15 | 3/7   | NIL          |
| A/N/V              | 12/15 | 5/7   | NIL          |
| diarrhea           | 5/15  | 2/7   | NIL          |
| Lump felt          | 3/15  | 4/7   | NIL          |
| Pulse rate<br>> 90 | 10/15 | 3/7   | NIL          |
| HCt < 30           | 1/15  | 2/7   | NIL          |
| WBC > 10,000       | 12/15 | 4/7   | NIL          |

ผลการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นไส้ติ่งอักเสบจริง มีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย คือมี wound infection คิดเป็น 6.7% (ผู้ป่วยรายนี้รักษาโดยการระบายหนองอย่างเดียวไม่ได้ตัดไส้ติ่งออก) ซึ่งหายดีเป็นปกติในภายหลัง เฉลี่ยเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาล 10.5 วัน

จากการติดตามผู้ป่วยต่อมาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ 4 คน ซึ่งทำผ่าตัดโดยการระบายหนองอย่างเดียวไม่ได้ตัดไส้ติ่งออก หลังจากหายดีเป็นปกติและกลับบ้านแล้ว ไม่กลับมารับการรักษาผ่าตัดไส้ติ่งอีก (interval appendectomy) ตามที่แพทย์นัดเลยแม้แต่รายเดียว

ส่วนในกลุ่มที่ไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อยู่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 8.1 วัน ซึ่งได้ทำการรักษาต่อไปตามแนวทางของการรักษาโรคนั้น ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ภาวะแทรกซ้อน

|                                  |
|----------------------------------|
| gr.I 1/15 (wound infection) 6.7% |
| gr.II no complication            |
| Hospital stay                    |
| gr.I 10.5 days (6-28)            |
| gr. II 8.1 days (6-11)           |

## วิจารณ์

อุบัติการณ์ของการพบ appendiceal mass ในรายงานทั่วไปประมาณ 2-6% ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบ 3.0% ของการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบ

ในการให้การรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็น appendiceal mass นั้นมีปัญหา 2 ประการ คือ ปัญหาในการวินิจฉัยและปัญหาในการเลือกวิธีการรักษา ปัญหาแรกในการวินิจฉัยมีบ่อยครั้งที่เราไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าเป็น appendiceal

mass จริงหรือไม่ จากการตรวจทางคลินิกและห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้การแยกว่าเป็น phlegmon หรือ abscess ก็ทำได้ยากเช่นกัน สำหรับปัญหาที่ปัจจุบันได้มีความพยายามขึ้น โดยนำ ultrasound หรือ CT scan มาช่วยด้วยความแม่นยำขึ้น สามารถแยกโรคได้ถูกต้อง<sup>(1,2)</sup> แต่ก็ยังพบมี misdiagnosis อยู่พอควร สำหรับในการศึกษานี้ ยังคงใช้ลักษณะทางคลินิกและห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งก็พบมีการวินิจฉัยผิดพลาด ถึง 7 รายใน 22 ราย (31.4%) เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกันมากเกือบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5,6)

ประการต่อมาคือปัญหาในการเลือกวิธีการรักษา ซึ่งมี controversy มาตลอดว่าจะใช้ conservative treatment หรือ early surgery ดีกว่ากัน ต่างก็มีรายงานการศึกษาจำนวนมากสนับสนุน ซึ่งยากที่จะเปรียบเทียบ ในอดีตศัลยแพทย์ส่วนมากนิยมรักษาโดย conservative treatment โดยให้ parenteral fluid, nasogastric suction, antibiotics จนหายเป็นปกติแล้ว นัดมาทำ interval appendectomy ใน 6 สัปดาห์ต่อมา เริ่มโดย Oschner and Sherren จนกระทั่งเป็น traditional method แต่วิธีนี้มีข้อเสียคือ อาจมี failure of treatment และ progress จนเป็น peritonitis พบได้ตั้งแต่ 4-71%, มี misdiagnosis ได้, พวกที่ respond ดี อาจมี recurrent appendicitis ได้ 20-25% นอกจากนี้ในการทำ interval appendectomy ก็ยังมี complication ได้ถึง 15% ในบาง series<sup>(3,4)</sup>

สำหรับวิธีนี้ปัจจุบันมีการทำการระบายหนองโดยการเจาะใช้ ultrasound guide นอกจากนี้บางรายงานยังมีความเห็นว่า การทำ interval appendectomy ไม่จำเป็นต้องทำทุกราย จาก study ของ Holfmann et al (1984)<sup>(3)</sup> ซึ่งรักษาโดย conserva-

tive treatment และไม่ทำ interval appendectomy พบว่า มี recurrent appendicitis ถึง 20% โดยมากเกิดภายใน 2 ปี นอกจากนี้มี misdiagnosis 5%

และจากการศึกษาของ Skoubo et al (1982)<sup>(4)</sup> พบมี complication จากการทำ interval appendectomy 3.4%, mean hospital stay 21 วัน

ปัจจุบันมีศัลยแพทย์หลายกลุ่มมีแนวโน้มจะทำการรักษาด้วยวิธี early surgery เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสามารถหลีกเลี่ยงข้อเสียของวิธี conservative นอกจากนี้ยังพบว่า morbidity rate ไม่ได้เพิ่มสูงมากอย่างที่กลัวกัน และการทำผ่าตัดด้วยความระมัดระวังจะสามารถหลีกเลี่ยง bowel injury ได้ จาก study ของ Jordan et al (1980)<sup>(5)</sup> สามารถ remove appendix ได้ถึง 90% เช่นเดียวกัน study ของ vabili et al (1976)<sup>(6)</sup> remove appendix ได้มากกว่า 90% มี complication คือ wound infection ตั้งแต่ 21%-35% ซึ่งจะสามารถลดลงได้ ถ้าทำ delayed primary closure of skin ทุก ๆ ราย สำหรับในการศึกษานี้ ทำผ่าตัด early surgery ทุกราย สามารถ remove appendix ได้ 11 ใน 15 ราย คิดเป็น 73.3% ซึ่งผลการผ่าตัดมี complication คือ wound infection เพียง 1 ราย คิดเป็น 6.7% โดยทุกรายได้ทำ delayed primary skin closure (จากรายงานทั่วไปพบว่าภาวะแทรกซ้อนของการทำผ่าตัดไส้ติ่งประมาณ 7-20%<sup>(7,8)</sup>) และ hospital stay เฉลี่ยเพียง 10.5 วัน เป็นการประหยัดและไม่ต้องนัดผู้ป่วยมาอยู่โรงพยาบาลอีกเป็นครั้งที่ 2 ซึ่งอาจไม่ได้รับความร่วมมือในการรักษา เช่นในการศึกษานี้มีผู้ป่วย 4 ราย ซึ่งได้รับการรักษาเพียง drainage; ไม่ได้เอาไส้ติ่งออกด้วย หลังจากนั้นได้นัดมาทำ interval appendectomy ปรากฏว่าผู้ป่วยไม่มาตามนัดเลยแม้แต่รายเดียว

จากการศึกษาผู้วิจัยมีความเห็นว่า

1. ในผู้ป่วยซึ่งมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวาและมีก้อนกดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวา การวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดให้ได้แน่นอนว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบหรือไม่ ยังทำได้ยาก มีโอกาสผิดพลาดได้ค่อนข้างมาก ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจให้การรักษาต่อไปด้วย

2. วิธีการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยการทำผ่าตัด (Early surgery) เป็นวิธีการรักษาที่ดีอันหนึ่ง เหตุผลคือ

2.1 ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วกว่า ทำให้เกิดผลดีในรายที่ไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบจะได้รับการรักษาทันทีทั้งที่

2.2 ในรายที่เป็นไส้ติ่งอักเสบจริง ส่วนใหญ่ศัลยแพทย์สามารถที่จะตัดไส้ติ่งออกได้โดยไม่มีอันตราย แม้ในรายที่ตัดไส้ติ่งออกไม่ได้ ก็เป็นการระบายหนองก่อน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น

2.3 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมีน้อยมาก ไม่แตกต่างจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดไส้ติ่งโดยทั่วไป

2.4 การผ่าตัดรักษาให้หายขาดในครั้งเดียวเป็นผลดีในผู้ป่วยทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีฐานะยากจนและอยู่ห่างไกลโรงพยาบาลมาก เพราะเป็นการประหยัดกว่า ไม่ต้องเดินทางมารับการผ่าตัดอีกเป็นครั้งที่ 2

หมายเหตุ อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตั้งแต่แรกนี้ ควรจะกระทำโดยศัลยแพทย์ซึ่งมีความรู้ความชำนาญพอ สำหรับในโรงพยาบาลที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรม การเลือกใช้วิธี conservative treatment ก็ยังเป็นการรักษาที่ดีอยู่ แต่ควรจะช่วยให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยในการมารับการผ่าตัดตามที่แพทย์นัดต่อไป

## สรุป

ได้ทำการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ และมีก้อนกดเจ็บที่ท้องน้อยด้านขวา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528-2530 จำนวน 22 ราย พบว่าการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นไส้ติ่งอักเสบจริง 15 ราย และเป็นโรคอื่นซึ่งไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบ 7 ราย จากการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ยกเว้นระยะเวลาก่อนมาทำการรักษาเท่านั้น ผลการผ่าตัดโดยวิธี early surgery ทั้ง 15 ราย พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเพียง 1 ราย คิดเป็น 6.7% การรักษาด้วยวิธีนี้น่าจะเป็นวิธีที่ดี เนื่องจากรักษาได้หายขาดในการอยู่โรงพยาบาลเพียงครั้งเดียว มีภาวะแทรกซ้อนน้อยและประหยัด

## เอกสารอ้างอิง

1. Gronwall S, Gammelgaard J. Drainage of abdominal abscess guided by sonography. *Am J Rountgen* 1982; 138:527-9.
2. Bagi P, Dueholm S. Nonoperative management of the ultrasonically evaluated appendiceal mass. *Surgery* 1987; 101:602-5.
3. Hoffmann J, Lindhard A, Jensen AE. Appendix mass : conservative treatment without interval appendectomy. *Am J Surg* 1984; 148:379-82.
4. Skoubo-Christensen E, Hvid I. The appendiceal mass. *Ann Surg* 1982;196:564-7.
5. Jordan TS, Kovalek PJ, Schwab CW. Appendicitis with a palpable mass. *Ann Surg* 1981; 193: 227-9.
6. Vakili C. Operative treatment of appendix mass. *Am J Surg* 1976; 131:312-14.
7. Eiseman B. Appendicitis. In:Eiseman B. What are my chances?. Pennsylvania. Saunders press; 1980:212-5.
8. Berry J., Malt RA. Appendicitis near its centenary. *Ann Surg* 1984; 200:567-75.