A 12-year-old boy with acute vomiting

โรงพยาบาลภูเพ็ก

History:

อาเจียนมาก 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล หลังกินอาหารผู้ป่วยจะถ้วงอ้อโอ้อาเจียนออกมาทุกครั้ง ถ้าครูเห็นจะทำมือปัดป่วยไม่ให้ถ้วงอ้อ ก็จะหยุดกำพฤติกรรมดังกล่าว แต่บางครั้งก็จะไว้ก่อน ทำท่าอยากอาเจียน อาเจียนเป็นอาหาร บางครั้งเป็นน้ำสีดำ ลักษณะเป็นอาหารที่กินเข้าไป ครูเห็นว่าอาจ ติดเกมส์ ตกใจ เหตุ เพลิด จึงพามาโรงพยาบาล

ก่อนที่จะมีอาการอาเจียนผู้ป่วยเห็นเพื่อนกินขนม ตัวเองอยากกินเลยไปแย่ง แต่เพื่อนไม่ให้ พยายามชักแก้ไม่ได้ ประวัติ trauma ไม่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่ชัด ขณไช่วงนี้ ปกติผู้ป่วยกินยา methylphenedate 0.7 MKD และ haloperidol 0.3 MKD ไม่มีประวัติจาดยาหรือ drug overdose การขับถ่ายปกติ

เป็นมุพรคนที่ 1 ในจำนวน 2 คน ผู้ป่วยเป็น autistic, MR เรียนอยู่โรงเรียนประจำ คลอดครบกำหนด แรกคลอดปกติดี ได้รับ immunization ครบ ชอบกินอาหารรสเค็มจัด ชอบกินขนม

Physical examination :

GA: A Thai boy, slightly irritable, not coorperate

Vital signs: T 37 C, RR 20/min, PR 140/min (เบา เร็ว), BP 80/60 mmHg, BW 30 kg (P50)

HEENT: mild pale, no jaundice, sunken eye ball, dry lips and mucosa, TM-ear wax, no injected pharynx and tonsils

Lungs: clear, equal breath sound

Heart: normal S1, S2, regular rhythm, no murmur

Abdomen: mild distension, +/- decreased bowel sound, +/- voluntary guarding (ผู้ป่วยจะตื้นไปมา ยยุดลุกเยลุดนั่ง ทำให้ตรวจยาก แต่ตอตรวจซ้ำ ก็ soft ดี), no hepatosplenomegaly

Extremities: capillary refill time 3 seconds

Skin: normal

Neuro exam: normal, stiff neck-negative, DTR +2 all

Investigation:

CBC: Hb 11.3 g/dl, Hct 34.4%, WBC 23,580/cummm (N71, L6, M6, Band17), platelet 765,000/cummm

BS: 106 mg/dl BUN/Cr 36/1.1 mg/dl, Na 142 mmEq/L, K 4.4 mmEq/L, Cl 87 mmEq/L, CO2CP 30 mmEq/L

LFT: normal

Cagulogram: normal

Progression:

>ผู้ป่วยได้รับการใส่ NG tube ได้ content เป็น coffee ground และได้ทำ gastric lavage ไปพบว่าไม่มี active bleeding แต่ในขณะที่ retained NG tube มี bile content ออกมา

>ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ gastritis โดยให้ ranitidine IV

Provisional diagnosis: acute vomiting - gastritis?

Differential diagnosis:

GI cause	Non GI cause
Foreign body ingestion	CNS pathology
Corrosive agent ingestion	Psychologic problems
Gastric outlet obstruction-PICA?	Medication side effects
Gastritis	
Reflux esophagitis	
Retropharyngeal abscess	
Peritonsillar abscess	

Progression:

>ผู้ป่วยได้รับการส่ง plain abdomen ไม่พบว่ามี free air ไม่มี gasoites แต่พบมี slightly decreased bowel gas pattern ไม่มี evidence of small or large bowel obstruction ที่ชัดเจน

>CXR ไม่พบ opaque foreign body ใน esophagus

>หลัง resuscitate แล้ว ผู้ป่วยดีขึ้น แต่มี Hct ตลดจาก 32 เป็น 28, 26 และ 25 ได้รับการรักษาโดยการให้ PRC 10 mlkg 1 ครั้ง และได้เปลี่ยน antisecretory agent เป็น omeprazole IV

>ได้ ทุ ให้กิน soft diet ในวันรุ่งขึ้นพบว่าก้นแก้วมีอาเจียนเป็นน้ำอาหารที่กิน จึงไปและนำตัวป่วยไปตรวจอนโรงพยาบาลยังมีพฤติกรรมถ้วงอดอดด ตรวจทางทารชึ่งพบ no abdominal distention แต่มี voluntary guarding

>ได้ FU film อีกครั้งพบว่ามี markedly decreased bowel gas และพบ soft tissue density บริเวณลางท้อง

Gastroscopy :

Esophagus: erosive esophatitis without foreign body

Stomach: gastritis with bile content ประมาณ 500 ml

Duodenum: พบ duodenal obstruction ถัดมองว่า duodenum (bulb) มีลักษณะบวม และออกสีม่วงๆ ไม่สามารถ pass endoscope ลงไปได้ ได้พยายามใส่ NJ tube ไว้

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS: DUODENAL HEMATOMA

Plain abdomen: หลังทำ upper endoscopy พบ air ในทระเพาะอาหาร เดือนา review ย้อนหลังพบว่า soft tissue density บางท้องที่เห็นคือ fluid fill stomach ในผู้ป่วยที่มี duodenal obstruction

Progression:

ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการทำ ultrasound พบ intramural hematoma ขนาด 8.9x4 cm ที่ duodenum โดยไม่สามารถ identify lumen ได้

Treatment :

หลังพบ intramural hematoma ที่ duodenum แพทย์ได้กลับไปซักประวัติใหม่ จึงได้ประวัติที่สงสัย trauma จากครูที่โรงเรียน และทำงัง investigate for child abuse

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ supportive and symptomatic treatment with enteral nutrition via NJ tube ติดตามผลการรักษาพบว่ามี spontaneous resolution of hematoma โดยไม่ต้องได้รับการรักษาโดย การผ่าตัด

Learning point :

>การถ้วงคอโอ้อาเจียนไม่ได้เป็นปัญหาทางด้านพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิด จาก organic disease ที่ทำให้ผู้ป่วยที่ชาชินต้อง บากทั้งอะและทางที่จะถ้วงคอได้ อาจ ใช้ยอถนกซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น

>การซักประวัติและตรวจร่างกายในผู้ป่วยที่มีปัญหา autistic ยิ่งมีอาจทำได้ยาก และตามา ฟ่าะซึ่งถือว่าไม่เพียพอ ดังนั้นจึงควรซักประวัติและตรวจร่างกายซ้ำ โดย เฉพะอย่างยิ่ง ถ้ายังไม่สามารถอธิบายอาการ จึงประของผู้ป่วยได้

>การสืบสวนเรื่อง child abuse มีความจำเป็นในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากเป็น เด็กที่มี psychiatric disorder ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

Duodenal Injuries

นายแพทย์ เมฐพงษ์ อัครเลล

Duodenal injury ถูกรายงานครั้งแรกใน Lancet เมื่อปี 1838 โดยมักพบในผู้ป่วยเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ เนื่องจากในผู้ป่วยเด็กยังมีการพัฒนาด้านเนื้อหน้าท้องไม่ดีเท่าในผู้ใหญ่ และมี high flared costal margin สามหตุในผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 70 เกิดจาก penetrating injuries ในขณะที่ในผู้ป่วยเด็ก ส่วนใหญ่จะเกิดจาก blunt abdominal injury จาก การศึกษาของ Winthrop AL และคณะ(1) พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเด็กที่มี intramural duodenal hematoma เกิดจาก motor vehicle และ bicycle accidents โดยมีเด็กอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 เท่านั้นที่มีสาเหตุมาจาก child abuse ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ Clendenon JN และคณะ(2) ที่ศึกษาผู้ป่วยเด็กจาก trauma centers ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 78 ของ duodenal injuries ในเด็กเกิดจาก blunt abdominal injuries โดยในจำนวนนี้มีสาเหตุ มากจาก child abuse มากเป็นอันดับหนึ่ง ตามมาด้วย motor vehicle crashes, bicycle accidents, การถูกรัดจนมีกล่องกล้ามหน้าท้อง และจากการที่ถูก สำทับผู้ป่วยที่ได้รับ penetrating injuries ผิดพลาด ในทางตรงกันข้าม เกิดจาก gunshot wounds ได้น้อยสุด ตามมาด้วย foreign body, ใน duodenum ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ การเกิด duodenal injuries ในผู้ป่วยนี้มีความสัมพันธ์กับ child abuse มากขึ้นตั้งแต่แพทย์ทั่วไป และกุมารแพทย์จึงควรมี high index of suspicion และพยายามซักประวัติหรือตรวจร่างกายเพื่อครอบคลุม สาเหตุดังกล่าวด้วย สำหรับสาเหตุอื่นๆที่อาจทำให้เกิด intramural duodenal hematoma เช่น การได้รับ iatrogenic agulant และ endoscopic biopsies และ therapeutic procedure นั้นไม่พบบ่อยในผู้ป่วย เด็ก(3)

เนื่องจาก duodenum เป็นอวัยวะที่อยู่บริเวณ retroperitoneum จึงทำให้เกิด injury ได้ยากกว่าอวัยวะอื่นๆ ในช่องท้อง โดยเราอาจสังเกตุในผู้ป่วยที่มี duodenal injury เพียงร้อยละ 3-5 ของผู้ป่วย abdominal injuries ทั้งหมด ถึงแม้จะเป็นข้อดีแต่ถ้าเกิดบริเวณรอบ duodenum แล้วก็จะทำให้มีข้อโอ้โดยการเดียงาก อาการค่อนข้างไม่ เพาะ จะจะ ไดย เฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเด็กที่เกิดจากสาเหตุอะ foreign body ingestion, child abuse และ bicycle injury ซึ่งเด็กไม่ค่อยได้ประวัติที่ชัดเจนเพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคได้ ในทางตรงกันข้าม ในผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับ child abuse มากขึ้นตั้งแต่แพทย์ทั่วไป และกุมารแพทย์จึงควรมี high index of suspicion และพยายามซักประวัติหรือตรวจร่างกายเพื่อครอบคลุม สาเหตุดังกล่าวด้วย สำหรับสาเหตุอื่นๆที่อาจทำให้เกิด intramural duodenal hematoma เช่น การได้รับ iatrogenic agulant และ endoscopic biopsies และ therapeutic procedure นั้นไม่พบบ่อยในผู้ป่วย เด็ก(3)

โดยทั่วไปการมาของ เจ็บที่ duodenum มักทำให้เกิด intramural hematoma หรือ duodenal perforation Shilyansky และ Clendenon รายงานผู้ป่วยที่การณ์การเกิด intramural hematoma ร้อยละ 52 และ 41 ตามลำดับ(2, 4) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน จากการที่มี gastric outlet obstruction และบางครั้งอาจลำไส้ติดเชื้อเรวมหน้าท้องด้านขวาบน (พบได้ร้อยละ 10) ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย จะพบมี leukocytosis และร้อยละ 40 จะมี serum amylase สูงขึ้นได้ โดยในจำนวนนี้ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วย ที่มี associated intraabdominal injuries(1) Shilyansky J และคณะพบว่า CT scan สามารถช่วยใน การวินิจฉัยแยกระหว่าง duodenal perforation และ hematoma ได้โดยผู้ป่วยที่มี duodenal perforation มักจะพบ retroperitoneal air หรือ contrast ไหลมากว่า สำหรับ free-air ใน plain film นั้นพบได้เพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วย duodenal perforation เท่านั้น

การวินิจฉัย สามารถให้การวินิจฉัยโดยการทำ upper GI series, abdominal ultrasound และ CT scan เมื่อทำ upper endoscopy อาจเห็น violaceous mass ทำให้ผิวเกิดการยุดตัวได้ที่ duodenal bulb(3)

การรักษา ถ้าเป็น duodenal perforation ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดทุกราย โดยสามารถทำ primary repair ได้ในโพ-grade injuries หรือพิจารณาทำ diversion และ drainage ในรายที่รุนแรง สำหรับผู้ป่วย intramural hematoma สามารถให้การรักษาแบบ non-operative treatment ได้เป็นส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 90) ปัจจุบันพบว่า simple evacuation of the clot ไม่ได้ทำให้ duodenal obstruction หายเร็ว ขึ้น หรือป้องกัน stricture formation และยังอาจทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ถนาไม่ผ่าน่ายบางราย จากรายงานของ Shilyansky และ Clendenon ที่จะเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เนื่องจากเกิด fibrous stricture และ bowel obstruction ซึ่งต้องการ hematoma evacuation ตามมาภายหลัง(4)

การพยากรณ์โรค ขึ้นกับระยะเวลาในการวินิจฉัย ถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาก่อนช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ อันตรายที่ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และต้องได้รับสารอาหาร ทางเส้นเลือดนานขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ pancreatitis, pleural effusion, sepsis, rupture of duodenal repair, subphrenic abscess, intraabdominal abscess, wound dehiscence, SMA syndrome, obstruction from adhesion, pancreatic fistula และ duodenal necrosis(2)

เอกสารอ้างอิง:

1. Winthrop AL, Wesson DE, Filler RM. Traumatic duodenal hematoma in the pediatric patient. J Pediatr Surg 1986;21:757-60.

2. Clendenon JN, Meyers RL, Nance ML, Scaife ER. Management of duodenal injuries in children. J Pediatr Surg 2004;39:964-8.

3. Chen YY, Su WW, Soon MS, Yen HH. Gastrointestinal: intramural hematoma of the duodenum. J Gastroenterol Hepatol 2006;21:1071.

4. Shilyansky J, Pearl RH, Kreller M, Sena LM, Babyn PS. Diagnosis and management of duodenal injuries in children. J Pediatr Surg 1997;32:880-6.

thaigastro.org