

แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis)

Management of acute pancreatitis in the pediatric population: A clinical report from the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Pancreas Committee

Abu-El-Hajja M, Kumar S, Quiros JA, et al.

J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018;66: 159-176.

โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis: AP) เป็นโรคที่อาจมีความรุนแรงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกุมารแพทย์ สมาคมกุมารแพทย์โรคทางเดินอาหารและตับ และโภชนวิทยาแห่งทวีปอเมริกาเหนือ (The North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition: NASPGHAN) จึงได้เผยแพร่แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรค AP โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรค AP ยึดตามแนวทางที่เสนอโดยกลุ่ม International Study Group of Pediatric Pancreatitis: In Search for a Cure (INSPPIRE) โดยผู้ป่วยต้องมีลักษณะ 2 ใน 3 ข้อคือ 1) อาการปวดท้องที่เข้าได้กับโรค AP 2) ระดับ amylase และหรือ lipase ในเลือดสูงเท่ากับหรือมากกว่า 3 เท่าของค่าปกติ 3) ผลตรวจทางรังสีวิทยาพบความผิดปกติของตับอ่อน นอกจากนี้ควรส่งตรวจ liver function test ระดับ triglyceride และ calcium ในเลือด เมื่อแรกพบผู้ป่วย AP

ภาวะ pancreatic necrosis เกิดใน AP ที่รุนแรง ซึ่งวินิจฉัยได้โดยการตรวจ contrast enhanced CT (CECT) หรือ MRI ในกรณีที่สงสัยภาวะนี้ การตรวจด้วย CECT ต้องส่งตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิน 96 ชั่วโมง มิฉะนั้นอาจได้ผลตรวจที่เป็นผลลบลงได้

การตรวจด้วย ERCP มีบทบาทน้อยในการวินิจฉัยโรค AP ในเด็ก แต่จะพิจารณาทำเมื่อต้องการรักษาความรักรักษาความผิดปกติของ pancreatic duct หรือ bile duct ที่พบร่วมในโรค AP เช่น นิ่วใน common bile duct หรือใน pancreatic duct และ pancreatic duct disruption

การดูแลรักษา

ผู้ป่วยโรค AP ที่รุนแรงจะมีภาวะ systemic inflammatory response syndrome (SIRS) จากการหลั่ง cytokines ปริมาณมากจากการอักเสบของตับอ่อน ซึ่งมีผลให้การทำงานของหัวใจ ปอดและไตล้มเหลว ภาวะนี้มักพบในเวลา 48 ชั่วโมงหลังตับอ่อนอักเสบรุนแรงและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ NASPGHAN ได้แนะนำการดูแลผู้ป่วย AP ดังนี้

1. การให้ IV fluid อาจเลือกให้ NSS หรือ Lactated Ringer แบบเร่งด่วน (loading) ในผู้ป่วยที่มี hypovolemic shock หรือขาดน้ำอย่างมาก ผู้ป่วยเด็ก AP ทุกรายควรให้ IV fluid ในปริมาณ 1.5-2 เท่าของความต้องการปกติ เป็นเวลา 24-48 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ เพื่อให้เลือดเลี้ยงตับอ่อนอย่างพอเพียง ป้องกัน pancreatic necrosis

2. **Monitoring** ติดตามการทำงานของระบบหัวใจ ปอดและไต อย่างใกล้ชิดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิด AP
3. **การให้อาหาร** ถ้าไม่มีข้อห้ามในการให้อาหารผ่านทางเดินอาหาร ควรให้อาหารแก่ผู้ป่วยทางปากหรือผ่านสายให้อาหาร (enteral tube feeding) โดยเร็วที่สุด เพราะช่วยลดการติดเชื้อและ sepsis จาก bacterial translocation จากลำไส้สู่กระแสเลือด ถ้าผู้ป่วยได้อาหารผ่านทางเดินอาหารไม่พอเพียง ควรให้อาหารทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย ไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างการให้อาหารผ่านสาย nasogastric tube หรือ nasojejunal tube และระหว่าง polymeric diet หรือ elemental diet
4. **การลดอาการปวด** สามารถให้ยาแก้ปวดกลุ่ม morphine แก่ผู้ป่วยได้ เนื่องจากปัจจุบันไม่มีหลักฐานว่า morphine ทำให้ sphincter of Oddi บีบรัดตัว
5. **การให้ยาปฏิชีวนะ** ไม่แนะนำให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะมีข้อบ่งชี้เฉพาะผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของ pancreatic necrosis, pancreatic fluid collection และ pseudocyst
6. **การใช้ probiotics, anti-oxidants และ anti-proteases** ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาผู้ป่วย AP
7. **การรักษา pancreatic necrosis, post-necrotic peripancreatic fluid collection** รักษาด้วยการ drain หรือตัดชิ้นเนื้อตายออก (necrosectomy) แต่ไม่ควรกระทำในระยะแรกเพราะมีผลเสียทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ควรรอเวลาเมื่อเกิน 4 สัปดาห์ไปแล้วหลังตรวจพบเพื่อให้เกิดการ wall off ของ necrotic tissue จึงทำการรักษาได้ ควรใช้วิธี drain หรือ necrosectomy ผ่านกล้อง endoscope หรือโดยวิธี radiologic intervention การใช้ endoscopic ultrasound guided เป็นวิธีที่มักเลือกเป็นอันดับแรก การรักษาด้วยการผ่าตัดจะทำเมื่อการทั้งสองวิธีไม่ได้ผล

เก็บความโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ เสกสิทธิ์ ไชยสถานกุล
หน่วยโรคระบบทางเดินอาหารและตับ
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์