



Appendicitis ในสหัสวรรษใหม่

พลตำรวจตรีนายแพทย์ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช

มาตรฐานเดิม ของการรักษาโรคไส้ติ่งอักเสบ คือการผ่าตัด Appendectomy ซึ่งปฏิบัติกันมากกว่า 100 ปี จนกระทั่งหนึ่งทศวรรษหลังนี้ มีงานวิจัยที่ชี้ชัดว่า การรักษาโรคไส้ติ่งอักเสบด้วยยาปฏิชีวนะ เป็นทางเลือกที่ปลอดภัยในการรักษา Uncomplicated Appendicitis อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวบางชิ้นยังบอกว่าการติดตามผลระยะยาว 5 ปี มีอุบัติการณ์ไส้ติ่งอักเสบกำเริบหลังการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะได้สูงถึง 30 - 50% อุตการณ์ที่สูงมากนี้ จึงเกิดคำถามว่าศัลยแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ควรจะแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไส้ติ่งหลังการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเดียวแล้วได้ผลในระยะแรก ซึ่งในสถานการณ์ดังกล่าว ยังไม่มีแนวปฏิบัติหรือข้อแนะนำ เกี่ยวกับบทบาทและข้อบ่งชี้ของการทำ Elective (interval) Appendectomy แต่ก็มีงานวิจัยบางชิ้นที่พบว่าอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งในเวลาต่อมาหลังจากคนไข้ดีขึ้นด้วยยาปฏิชีวนะสูงถึง 40% ในปีแรก, 46% ในปี 2 และ 49% ที่ 3 และ 4 ปี หรือกล่าวได้ว่าครึ่งต่อครึ่งของคนไข้ที่ต้องผ่าตัดในที่สุด นักวิชาการบางคนบอกว่าในระยะยาวกว่านั้น เช่น 10 ปี คนไข้ก็จะมีความเสี่ยงต่อไส้ติ่งอักเสบกำเริบ ดังนั้นเมื่อนำข้อมูลมาผสมผสานที่พบว่า การผ่าตัด Elective Laparoscopic Appendectomy ซึ่งมีอัตราการตายเพิ่ม เพียง 0.09% นำ

จะดีกว่าการรอและเฝ้าระวังโรค

ในวงการศัลยกรรม มีตัวอย่างการผ่าตัดเพื่อป้องกันโรคหลักที่ยอมรับกันหลายกรณีอย่างเช่น

- Semi elective cholecystectomy สำหรับคนไข้ที่เป็น biliary pancreatitis เพราะถ้าทิ้งไว้ระหว่างพักฟื้น จาก pancreatitis ก็เสี่ยงต่อการกำเริบหรือภาวะแทรกซ้อน pancreatitis จาก ได้ถึง 35%

- คนไข้ Uncomplicated diverticulitis ถ้าเกิด Acute diverticulitis แล้วจะเสี่ยงต่อการกำเริบได้ตั้งแต่ 17-47% จึงแนะนำให้พิจารณาทำ elective colon resection ในบางราย

- ผู้หญิงที่มี Femoral hernia ปลอดภัยการควรแนะนำให้ elective repair เพราะปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้

เหตุผลเพิ่มเติมสนับสนุนการทำ Interval appendectomy คือ

- ไส้ติ่งอักเสบที่คนไข้เป็นอยู่ก่อนเลือกรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียว นั้น อาจมีมะเร็งอยู่ที่ไส้ติ่ง ซึ่งเนื่องจากผู้ที่เป็นไส้ติ่งอักเสบมักจะมีอายุน้อยคือต่ำกว่า 50 ปี ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันจึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระ (เพิ่มความเสี่ยงขึ้น 18-25%) ของการมี Occult cancer



ที่เป็นสาเหตุของไส้ติ่งอักเสบ ข้อมูลนี้จึงอาจนำมาประกอบการตัดสินใจผ่าตัดในคนไข้กลุ่มสูงอายุซึ่งมีอุบัติการณ์ของมะเร็งไส้ติ่งมากกว่า (ข้อมูลจาก Dimitrios Moris, M.D., MSc, PhD และคณะ ตีพิมพ์ออนไลน์ใน JAMA Surgery ฉบับเมษายน 2024)

ก่อนที่ท่านผู้อ่านที่เป็นศัลยแพทย์ จะฟันธงว่าควรผ่าตัดไส้ติ่งหลังการให้ยาปฏิชีวนะแล้ว ดีขึ้นนั้น ขอให้ดูข้อมูลงานวิจัยขนาดใหญ่อีก 2-3 โครงการ

Frederick Thurston Drake ,M.D, MPH และคณะ ให้ความเห็นใน JAMA Surgery ฉบับ 17 เมษายน 2567 (Clinical Trials.Gov Identifier : NCT 03236961)

งานวิจัย The Appendicitis Acuta II (APPAC II) เป็น RCT เปรียบเทียบประสิทธิผลของยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานกับแบบให้ยาปฏิชีวนะเข้าหลอดเลือดดำกับชนิดรับประทานสำหรับการรักษาไส้ติ่งอักเสบชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการติดตามผลไป 3 ปี พบว่าการรักษาไส้ติ่งอักเสบชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีประสิทธิภาพที่ยาวนาน สอดคล้องกับงานวิจัย APPAC โครงการแรก และงานวิจัย CODA (Comparison of the Outcomes of Antibiotic Drugs and Appendectomy trial)

จากการติดตามโรค 3 ปีพบว่าการกำเริบของไส้ติ่งอักเสบ ถ้าเกิดจะเกิดขึ้นในช่วงแรกๆ แต่ไม่ค่อยมี ผลเสียตามมา เมื่อสิ้นสุดปีที่ 3 มีผู้ป่วยกลุ่มยาปฏิชีวนะ แบบรับประทาน 63.4% และกลุ่มยาปฏิชีวนะรับประทานและฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 65.2% ที่ไม่ต้องรับการผ่าตัดไส้ติ่ง ส่วนผู้ที่มีโรคกำเริบจะเกิดในปีแรก ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัย CODA ที่ติดตามไป 1-2 ปี มีอัตราการต้องผ่าตัดไส้ติ่ง 60% และ 56% ตามลำดับ โดยการผ่าตัดจะเกิดขึ้นใน 30 วันแรก และมักจะเป็นกลุ่มที่มี Appendicolith

ผู้ป่วยกลุ่มแรกจะได้รับยา Oral Moxifloxacin 7 วัน (301 ราย) และกลุ่มที่ 2 (298) ราย จะได้ยา IV Ertapenem 1 กรัมต่อวันเป็นเวลา 2 วัน บวกกับ Oral

Levofloxacin 500 มก.ต่อวัน + Metronidazole 500 มก.วันละ 3 เวลา นาน 5 วัน

David A Talan, MD และคณะได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของการทำ interval appendectomy หลังการลองให้ยาปฏิชีวนะบำบัดผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนว่าควรทำหรือไม่ (JAMA Surgery 24 เมษายน 2024)

คำตอบในเบื้องต้นคือ การทำเช่นนั้นอาจเพิ่มความเสี่ยงให้คนไข้ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นกับทั้งจะมี Disability บ้างไม่มากนักน้อย ครึ่งนี้ด้วยความหวังว่าจะหลีกเลี่ยง การเสี่ยงต่อโรคในกายภาคหน้า ทั้งๆที่ไส้ติ่งมีโอกาสน้อยมากที่จะอักเสบอีก จึงทำให้การเสนอบริการผ่าตัดไม่จำเป็น แต่ที่ศัลยแพทย์เริ่มทำ interval appendectomy กันมากขึ้นนั้น เนื่องจากคนไข้ไส้ติ่งอักเสบได้รับการรักษา หรือเลือกการรักษาแบบไม่ผ่าตัดมากขึ้น จึงเกิดแนวคิดปรากฏในงานวิจัยขนาดใหญ่ที่จะทำ interval appendectomy มากขึ้นในระดับหนึ่ง

ในงานวิจัย APPAC (Appendicitis Acuta) พบว่ากลุ่มคนไข้ที่ใช้ยาปฏิชีวนะแล้วเข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งจะมี negative pathology ซึ่งทำให้คิดต่อไปได้ว่าถ้าศัลยแพทย์กลุ่มนี้มีวิจรรย์ญาณต่างออกไปคือไม่แนะนำให้ผ่าตัด ก็จะทำให้ผลสำเร็จรวมของการรักษาไส้ติ่งอักเสบแบบไม่ผ่าตัดดีขึ้น

ในงานวิจัย CODA พบว่าราว 20% ของ appendectomy ทำโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก โดยอาจเป็นผลจากความวิตกกังวลของคนไข้

ดังนั้นคณะผู้วิจารณ์ จึงสรุปว่าอัตราการผ่าตัดหลังผลสำเร็จของการให้ยาปฏิชีวนะ จะสูงกว่าอัตราการกำเริบของไส้ติ่งอักเสบจริงๆ ถือว่าเป็น interval appendectomy for non – recurrence

คณะแพทย์กลุ่มนี้ สรุปหลักการรักษา noncomplicated appendicitis ในเบื้องต้นว่าเป็นการตัดสินใจ



ร่วมกันของคนไข้ (และญาติ) กับแพทย์ ควรให้มีการเปิดใจถึงข้อดีข้อเสียของมาตรการรักษา แต่ละทางเลือก โดยไม่มีอคติ และด้วยความเห็นอกเห็นใจกัน

ผู้ที่เลือกใช้ยาปฏิชีวนะ เพราะต้องการหลีกเลี่ยงการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา โดยยอมรับความเสี่ยงว่ายาปฏิชีวนะอาจใช้ไม่ได้ในเบื้องต้น หรือมีการกำเริบในเวลาต่อมา

เหตุผลประกอบการตัดสินใจอาทิเช่น

- การผ่าตัดไส้ติ่งแม้จะเป็นหัตถการที่ปลอดภัยมาก แต่ก็มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่เกิดได้ แม้จะไม่บ่อย
- ไม่มีแผลผ่าตัดจึงหายเจ็บเร็ว กลับไปทำงานหรือเรียนหนังสือได้เร็วขึ้น บางรายใช้เวลา เพียง 2-3 วัน
- ยาปฏิชีวนะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า (โดย General health status คล้ายคลึงกันที่ 30 วัน)
- ไส้ติ่งเก็บไว้อาจมีประโยชน์ (potential useful function)
- ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง และมีความไม่สะดวกบางประการ
- อาจจะมีคนเป็นห่วงว่าไส้ติ่งอาจเป็นมะเร็งได้ถ้าไม่ตัดทิ้ง แต่งานวิจัย CODA ไม่พบมะเร็งเลยในการทำ CT แต่ในเวลาต่อมาพบ 5 ใน 1,033 ราย (0.5%) และทุกรายอยู่ใน Stage I

• ที่คนไข้และญาติกลัวว่า ถ้าไม่ผ่าตัดแล้วไส้ติ่งอาจแตกและคนไข้ตายได้ ก็ปรากฏว่าในงานวิจัยเหล่านี้ ไม่มีคนไข้ตายเลย และถึงแม้ไส้ติ่งจะกำเริบ การผ่าตัดตอนนั้นก็ไม่ได้ต่างไปจากการผ่าตัด ถ้าเลือกทำแต่แรก และสามารถลองให้ยาปฏิชีวนะ แบบไม่ผ่าตัดอีกครั้งแล้วก็ได้ผล

• องค์การ NASA ทำการวิจัย ข้อดีข้อเสียของการผ่าตัดไส้ติ่ง เปรียบเทียบให้แก่นักบินอวกาศแต่สรุปว่า ความเสี่ยงของการเกิดท้องอืดแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนจากลำไส้อุดตันไม่คุ้มกัน เคยมีนักบินอวกาศชื่อ Chris Hadfield เกือบไม่ได้บิน เมื่อปี ค.ศ. 2013 เพราะลำไส้อุดตัน จากการผ่าตัดไส้ติ่ง เมื่อตอนเป็นเด็ก

Dr. Talan บอกว่า Interval Appendectomy เพื่อหลีกเลี่ยงโรค (ไส้ติ่งอักเสบในอนาคต) เป็นมูลค่าสูงเกินความพอดีในการลดความเสี่ยง

ผมมีความเห็นว่าสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปในฐานะผู้ให้การรักษา Appendicitis รายใหญ่น่าจะเป็นหัวหอกในการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยขนาดใหญ่ที่มีอยู่มากพอควรในขณะนี้ แล้วจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับ Interval Appendectomy หลังการรักษาไส้ติ่งอักเสบด้วยยาปฏิชีวนะ